FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 **N° 23**

LA

Roséole secondaire tardive

ET

L'ÉRYTHÈME CIRCINÉ TERTIAIRE

DE LA SYPHILIS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 12 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GIBAULT Charles-Albert

Né le 31 Décembre 1883, à Montluçon (Allier)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	SCHMITT	professeur . .	*Président.*
	PARISOT	professeur . .	*Juges.*
	L. SPILLMANN	agrégé	*Juges.*
	G. GROSS	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 **N° 23**

LA Roséole secondaire tardive ET L'ÉRYTHÈME CIRCINÉ TERTIAIRE DE LA SYPHILIS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 12 Juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GIBAULT Charles-Albert

Né le 31 Décembre 1883, à Montluçon (Allier)

ACAD. LORRAINE NANCY

Examinateurs de la Thèse :

MM. SCHMITT, professeur . . — *Président*

PARISOT, professeur . . — *Juges.*

L. SPILLMANN, agrégé . . . . — *Juges.*

G. GROSS, agrégé . . . — *Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1910

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, I ✪.

Professeurs : MM.

Clinique médicale	BERNHEIM, ✻, I ✪.
Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	MACÉ, I ✪.
Thérapeutique et Matière médicale	SCHMITT, I ✪.
Physiologie	MEYER, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne	SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ✪.
Médecine légale	PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ✪.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, I ✪.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours : MM.

Clinique des maladies des vieillards	ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ✪, agrégé.
Accouchements	SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ✪, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ✪, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ✪, id.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, A ✪.
Cours de médecine opératoire	MICHEL, A ✪, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ✪.	MM. RICHON, A ✪.	MM. DUFOUR, A ✪.
L. SPILLMANN, A ✪.	G. GROSS, A ✪.	SENCERT, A ✪.
MICHEL, A ✪.	FRUHINSHOLZ, A ✪.	ROBERT, A ✪.
HOCHE, I ✪.	COLLIN, A ✪.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪,
ZILGIEN, A ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚓, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHMITT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. SPILLMANN

INTRODUCTION

« Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs ».

Qu'on me pardonne une citation venue d'elle-même sous ma plume. Mais, au moment de faire paraître cette thèse inaugurale demandée par la Faculté au candidat qu'elle sacre Docteur, je veux m'autoriser de ces paroles de La Bruyère pour réclamer la bienveillance de mes maîtres.

Car, après avoir écrit la dernière ligne de cette étude sur l'érythème circiné tertiaire de la syphilis, je ne me fais pas d'illusions sur la valeur de mon œuvre.

Le sujet était intéressant; je l'ai traité de mon mieux. Sans doute j'ai laissé subsister des lacunes; sans doute ma compétence s'est trouvée plusieurs fois en défaut.

Pourtant, tel qu'il est, ce modeste travail est le fruit de nombreux efforts. A ce titre il mérite la bonne volonté attentive du lecteur qui voudra bien y jeter les yeux.

Je serai satisfait si, dans les pages qui vont suivre, je suis parvenu à dégager un peu plus complètement de ce qu'elle comporte encore d'inconnu, la question de la syphilis secondaire tardive, caractérisée en particulier par des manifestations érythémateuses.

L'érythème tertiaire est encore peu connu, et n'est pas accepté sans protestations par le grand public médical.

Il est en effet en désaccord avec les idées en cours que la syphilis puisse se traduire à son stade tertiaire par un ordre de manifestations cutanées, superficielles, voire simplement érythémateuses.

On croit ordinairement que ces accidents, relativement bénins, sont l'apanage des premières années de l'infection syphilitique, de la période secondaire.

On était accoutumé à considérer la syphilis tertiaire comme susceptible de se traduire uniquement par des accidents graves, tels que des gommes, et l'affirmation de l'existence à cette période d'accidents érythémateux, pouvait il y a quelques années, passer pour un paradoxe.

Il n'en est plus de même aujourd'hui.

De nombreuses observations ont démontré de façon indiscutable que la syphilis tertiaire peut être caractérisée à des étapes avancées de son évolution, c'est-à-dire 5, 10, 15 ans après le chancre, par des manifestations ressortissant au type érythémateux.

Je me propose d'étudier ici l'érythème syphilitique au stade tertiaire de l'infection. Qui dit érythème, dit rougeur diffuse, ou rougeur en taches.

C'est bien tel, en effet, que se présente à nous cette

manifestation si curieuse de la syphilis tertiaire : des taches rouges superficielles.

J'eus l'occasion d'en observer un cas à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie, dans le service de M. le Professeur agrégé L. Spillmann.

Il s'agissait d'un homme présentant, au bout de quatre ans d'infection syphilitique, alors que de toute évidence, il était en période tertiaire, des manifestations d'aspect secondaire.

Les lésions dont il était porteur consistaient en une éruption érythémateuse, à localisations variées. Le malade avait un érythème tertiaire répondant exactement à la description qu'en a donnée le Professeur Fournier. J'ajoute que cet érythème avait adopté la modalité circinée.

Mon intérêt fut excité au plus haut point par la contemplation de cet érythème, symptôme déplacé dans le cours de la syphilis.

Je résolus, sur les conseils de M. L. Spillmann, de faire, de l'étude de l'érythème tertiaire, le sujet de ma thèse inaugurale.

Et j'en traçai immédiatement le plan :

Faire d'abord l'historique de la question, énumérer les auteurs qui se sont occupés de la syphilis secondaire tardive, de l'érythème en particulier ;

Etudier dans un deuxième chapitre, la syphilis secondaire tardive dans ses manifestations cutanées, faire une classification aussi exacte que possible des roséoles tardives et récidivantes ;

Consacrer le troisième chapitre à l'étude symptomatologique de l'érythème tertiaire ;

Le quatrième, à son diagnostic ;

Le cinquième, à son étiologie, et enfin, le dernier chapitre à son pronostic et à son traitement.

J'ai fait mon possible pour réaliser ce plan.

A mes maîtres de me juger.

Mais comme c'est de mes maîtres que je tiens toutes mes connaissances médicales, je dois faire remonter jusqu'à eux le mérite de cette courte étude.

A ceux qui m'ont instruit dans la science d'Esculape, s'adresse ma reconnaissance.

Du fond du cœur, je les remercie tous.

M. le Professeur Schmitt me fait l'honneur de présider ma soutenance de thèse. Je l'en remercie profondément, et je garderai toujours de ses savantes leçons de thérapeutique, à la fois si pratiques et si brillantes, un souvenir inaltérable.

M. le Professeur Herrgott, m'initia à l'art des accouchements. J'ai toujours suivi ses cliniques avec le plus vif intérêt. Je fus toujours attentif à ses conférences si vivantes, à ses conversations si remplies d'humour ; et je n'oublierai jamais la bienveillance dont il voulut m'honorer. Qu'il soit assuré de toute ma reconnaissance.

M. le Professeur P. Parisot me fit aimer la médecine légale. Il fut avec moi, plusieurs fois « le bon juge » ; je l'en remercie bien vivement et le prie de croire à toute ma gratitude.

C'est dans le service de M. le Professeur agrégé L. Spillmann, que je fis mon instruction en dermatologie et en syphiligraphie. M. L. Spillmann fut toujours avec moi d'une charmante bienveillance ; c'est à lui

que je dois le sujet de cette thèse ; qu'il reçoive mes plus chaleureux remerciements.

Enfin mon souvenir reconnaissant ira également à M. le Professeur agrégé G. Gross, qui, à plusieurs reprises, me témoigna sa sympathie.

Je ne veux pas terminer cette introduction, sans adresser à M. Des Cilleuls, secrétaire de la Faculté, mes remerciements pour la courtoise amabilité dont il fit toujours preuve à mon égard.

Enfin, mon meilleur souvenir sera pour mon ami le Docteur Castelain.

Nous commençâmes ensemble nos études médicales ; ensemble nous les terminons.

De nos travaux communs, naquit une amitié solide. Je lui en donne ici le témoignage, et j'espère que cette amitié qui nous unit depuis de longues années déjà, ne finira qu'avec nous.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La syphilis est certainement une des maladies dont nous connaissons le mieux la marche et le développement. Ses manifestations si diverses ont fait l'objet d'études sérieuses et nombreuses.

En particulier, l'enchaînement chronologique de ses symptômes au point de vue de leur époque d'apparition, leur évolution méthodique, sont aujourd'hui des faits qui nous sont familiers. Et quand nous constatons sur un malade la présence d'un chancre induré, nous pouvons presque à coup sûr lui prédire la suite des accidents qui vont se manifester, à leur place dans le cours de la maladie, et dans leur ordre vis-à-vis les uns des autres.

Nous connaissons les étapes de la syphilis, nous prévoyons ses échéances: après le chancre, lésion initiale, vont apparaître les accidents secondaires, puis tertiaires.

Nous le savons, et nous le répétons, depuis que Ricord a formulé ce que nous pouvons appeler les lois de la syphilis :

« La syphilis est de toutes les affections du cadre nosologique la plus régulière et la plus méthodique dans son développement. Rien dans son empire n'est livré au hasard ; elle ne connaît pas l'anarchie. Elle a ses formes de début comme elle a ses symptômes éloignés. Elle prend pour chacun de ses âges une physionomie particulière ».

Et plus loin il ajoute :

« La syphilis dans le plus grand nombre des cas parcourt son orbite avec la régularité que mettent les mondes à fournir leur carrière. Chaque accident, chaque phase, chaque groupe, a son époque et son heure fixée d'avance, presque invariable. Telle manifestation paraît aujourd'hui, je suppose, mais il faut encore plusieurs mois, plusieurs années peut-être, pour que telle autre se produise. Et ainsi pour l'évolution de toute la syphilis ».

Cette évolution se déroule en trois périodes nettement tranchées, indépendantes les unes des autres.

Tel accident caractéristique de la période secondaire ne se retrouve pas dans la période tertiaire, et telle manifestation de cette dernière ne se constate habituellement pas au cours de celle qui l'a précédée.

Mais ces règles si absolues souffrent des exceptions. Et s'il est prouvé que la période primaire de l'infection syphilitique est définie par le chancre induré, et presque uniquement par lui, il est non moins certain que des accidents tertiaires peuvent avancer dans l'ordre

chronologique, et faire leur apparition à la période marquée par Ricord comme secondaire.

Et alors nous avons affaire aux syphilis graves, précoces, galopantes, comme il les appelle lui-même ; car, malgré son absolutisme il avait reconnu que ses lois pouvaient être violées.

Il disait :

« Je ne connais d'exceptions à cette règle (succession de périodes) que quelques cas fort rares de ces véroles dites galopantes, où des accidents de toute nature et de toute forme, mais toujours des plus graves, éclatent peu de temps après le chancre, et se succèdent avec cette incroyable rapidité, cette formidable influence qui rappelle les néfastes récits du XVI^e^ siècle ».

Si Ricord dit ne connaître comme exception à la règle des trois périodes, que les syphilis précoces et pressées d'aboutir, nous savons maintenant que des accidents secondaires peuvent se rencontrer alors que leur temps serait normalement révolu, et donner à la période tertiaire l'apparence de la précédente. Ces accidents peuvent également se constater après l'apparition de manifestations tertiaires.

Et nous sommes en présence de syphilis secondaires tardives, ainsi que les a appelées M. le professeur Fournier.

Ainsi la marche de la syphilis peut-être bouleversée, interrompue ou accélérée ; la période tertiaire peut avancer, la période secondaire peut reculer.

Et nous allons encore invoquer Ricord : Il est vrai qu'il attribuait les pertubations qu'il avait parfois observées dans le développement normal de la syphi-

lis, à l'influence du traitement mercuriel. Il est possible que le mercure soit un facteur puissant pour arrêter ou accélérer le développement de la maladie, et dans une certaine mesure, M. le professeur Fournier a adopté cette manière de voir.

Néanmoins, nous citons le passage de Ricord afin de montrer qu'il admettait volontiers, malgré l'intransigeance qu'on lui a prêtée et sans doute trop exagérée, des dérogations à la loi qu'il avait établie :

« C'est le traitement à coup sûr, dit-il, qui jette le plus de trouble dans le développement de la diathèse, et qui semble le mieux la soustraire à toute division méthodique.

« D'une façon générale on peut dire que le mercure retarde les accidents constitutionnels, alors qu'il ne parvient pas à en prévenir l'explosion. Je n'ai point à vous parler de l'influence qu'il exerce pour en modifier la forme, non plus que pour en diminuer l'intensité ; je ne traite ici que de la question d'époque.

« Eh bien, il est certain que les mercuriaux éloignent les manifestations de la diathèse ; tel symptôme qui serait apparu dès les premiers mois de l'infection, si le malade avait été abandonné à lui-même, pourra ne se rencontrer qu'à une époque beaucoup plus reculée si vous avez fait intervenir la médication spécifique ; de sorte qu'une lésion secondaire de forme et de caractère se développera dans une période où vous croiriez le malade à l'abri de cette forme d'accident. Ce sera un symptôme déclassé qui compromettrait fort la doctrine de l'évolution méthodique et régulière, si l'on ne tenait

compte de l'influence exercée par le traitement pour modifier la marche de l'affection ».

Mais l'auteur constate une interversion plus curieuse encore, que produit parfois la thérapeutique.

En effet, le même traitement qui agit sur les accidents secondaires de façon à en maîtriser l'explosion, peut être sans effets préventifs contre d'autres formes plus tardives de la syphilis, et laisser développer pendant son emploi des symptômes à caractère tertiaire non équivoque.

Et si l'on suspend le traitement d'une façon prématurée, la bride est lâchée aux manifestations secondaires, qui éclatent alors après un certain temps, c'est-à-dire consécutivement à des lésions qu'elles auraient dû précéder, dans l'ordre de développement régulier de la diathèse.

Mais ce n'est là, d'après Ricord, qu'un fait rare, exceptionnel.

On voit qu'il faisait alors bon marché de sa division systématique de la syphilis en trois actes distincts, aux dates bien délimitées, à la durée bien nette, et que rien ne pouvait changer.

Retenons que ce maître admet comme possibles, les lésions secondaires et superficielles survenant tardivement.

Peu nous importe qu'il attribue ce retard au traitement mercuriel plutôt qu'à toute autre cause. L'important pour nous, c'est de savoir qu'il admet cette exception.

Car, il faut bien le dire, les manifestations secondaires tardives de la syphilis ne sont que des excep-

tions ; mais des exceptions intéressantes et qu'il serait à souhaiter que tous les médecins praticiens connussent, pour éviter des erreurs de diagnostic, en éliminant comme non syphilitiques des lésions qui, par leur date d'apparition après le chancre, leur sembleraient n'avoir rien de commun avec la vérole.

Alors, le traitement mercuriel ferait merveille.

Et maintenant, quels sont les auteurs, quels sont les cliniciens qui se sont occupés des manifestations secondaires tardives de la syphilis ?

Ceux du début du XIX^e^ siècle n'en parlent pas et semblent donc les avoir ignorées.

Rayer le premier, en 1838, signale des « taches syphilitiques consécutives ». Il est vrai qu'il n'indique pas l'époque de leur apparition.

On n'est donc pas fixé sur la question de savoir s'il s'agit de roséole secondaire ou d'érythème tertiaire.

Pourtant ces taches sont consécutives, à d'autres taches probablement, et nous pouvons penser avec quelque vraisemblance que Rayer veut parler de roséole de retour.

Il décrit ces taches comme ovalaires ou arrondies, de teinte jaune cuivrée, fanée, de dimensions variant d'une pièce de 1 franc à un écu de 3 francs. Elles sont peu nombreuses et ne présentent pas de desquamation.

Cazenave en 1843 dit que la syphilide érythémateuse peut être secondaire (il appelle primitive celle qui suit le chancre à courte distance). Elle se manifeste, dit-il,

plus ou moins longtemps après l'éruption primitive. Cet intervalle varie depuis quelques mois à plusieurs années.

Nous ne voulons pas revenir sur les opinions émises par Ricord, que nous avons analysées plus haut.

Après lui Bassereau en 1852, étudie la roséole de retour, dans son traité des affections de la peau ; et il remarque que les taches d'une roséole en récidive sont beaucoup plus larges et plus clairsemées que celles de la roséole secondaire vulgaire.

Il donne un intervalle de trois à six mois entre le premier et le deuxième érythème, et il ajoute que la marche de ces érythèmes récidivés devient chronique si on ne les traite pas.

Mais le mercure en aurait raison plus facilement que des premières manifestations éruptives.

D'après Bassereau, le pronostic serait bénin. Mais il s'empresse de dire que « tout phénomène qui annonce la persistance de l'état syphilitique de l'économie, est une circonstance fâcheuse.

La bénignité consiste dans le fait de l'apparition d'un des accidents les moins menaçants pour l'avenir, et qui indiquent en général une faible disposition de l'organisme à la production des symptômes les plus graves de la syphilis ».

Cet auteur attribue les récidives de roséole au traitement insuffisant ou à sa suspension prématurée.

Mentionnons la thèse de Pillon en 1857. Il décrit les exanthèmes syphilitiques tardifs et comprend sous ce

titre les différentes formes d'érythèmes spécifiques ; il en arrive à traiter la question des roséoles récidivantes. Il en cite plusieurs observations. Dans l'une d'elles, le malade avait vu en 18 mois, 14 récidives de sa roséole. L'auteur attribue d'ailleurs ces cas de récidives à « ces déplorables traitements incomplets, contre la fréquence desquels on ne saurait trop s'élever ».

Dans son chapitre des « exanthèmes syphilitiques tardifs » il décrit surtout la syphilide maculeuse du cou, et il insiste sur l'identité des « taches sypilitiques consécutives de Rayer et des « syphilides érythémateuses » de Cazenave. Mais comme il ne donne pas les caractères objectifs de ces formes, nous ne pouvons pas affirmer qu'il connaissait les érythèmes circinés tertiaires, et qu'il en parlait.

En 1864, Langlebert remarque que les taches de roséole peuvent reparaître sous des influences diverses : fatigue, excès, émotions vives. Ce sont évidemment là des cas de roséoles récidivantes, sans que nous puissions toutefois les assimiler complètement à ces dernières.

Pour Bazin, en 1866, il existe quatre variétés de syphilides érythémateuses :

1° La roséole commune ou vulgaire qu'il décrit telle que nous la connaissons. Il ajoute pourtant que parfois les taches prennent l'aspect d'arcs de cercles, de huit de chiffres.

2° La roséole granulée, et

3° la roséole papuleuse ne rentrent pas dans le cadre de notre étude, et nous ne nous arrêterons qu'à la quatrième variété de roséole : la roséole annulaire.

Bazin qui la considère comme une roséole modifiée par le traitement mercuriel, s'exprime ainsi à son sujet :

« Dans la variété dite annulaire, les taches sont clairsemées sur la peau et se rencontrent de préférence sur la face externe des avant-bras, quelquefois sur la poitrine et sur le ventre. Elles sont alors régulièrement arrondies et formées par un anneau de couleur rosée, au centre duquel la peau conserve sa coloration normale. Cette variété est un signe de récidive, et indique que les malades ont déjà subi un traitement mercuriel ».

La description que Bazin donne de cette roséole annulaire qu'il considère comme une récidive, présente assez de caractères communs avec celle que nous donnerons de l'érythème tertiaire, pour que nous puissions presque sûrement l'identifier avec lui.

M. le professeur Fournier, en 1881, nous apporte le premier une analyse détaillée des symptômes caractérisant les différentes formes de roséoles, indiquant leur date d'apparition, et faisant valoir l'importance, au point de vue séméiologique, de la configuration cerclée que prend la variété apparaissant à une époque un peu tardive.

Il décrit d'abord ce qu'il appelle la roséole de retour, différant de la roséole vulgaire en ce que les taches qui la caractérisent sont plus larges, plus pâles et

moins nombreuses. Nous citons textuellement ses propres paroles :

« La roséole de retour est en général discrète, si discrète même, qu'en certains cas on la voit se borner à une douzaine, à une demi-douzaine de taches disséminées çà et là. Ces taches, en second lieu, sont en général plus larges, plus étalées que celles de la roséole primitive ; elles ont l'étendue d'une amande, d'une datte, d'une pièce de 2 francs, parfois d'une pièce de 5 francs.

« Elles sont enfin moins roses que celles de la roséole commune ; leur teinte est d'un rose gris très pâle ; elles sont très atténuées de ton, comme fondues dans la peau, et sans contour bien limité, si bien que parfois on a de la peine à les voir et qu'il faut les chercher avec attention pour les découvrir ».

La deuxième variété d'éruption érythémateuse classée par le professeur Fournier, c'est la roséole circinée, qui présente presque tous les caractères de l'érythème tertiaire ; elle semble parfois lui être superposable. Il n'en est rien, et nous verrons que plus tard Fournier séparera complètement l'érythème tertiaire et de la roséole de retour, et de la roséole circinée.

Mais nous voulons transcrire ici ce qu'il dit de cette dernière ; sa parenté avec l'érythème tertiaire apparaîtra à nos yeux, en même temps que nous nous rendrons compte des différences qui existent entre ces deux syphilides.

« La roséole circinée est une éruption assez tardive de la période secondaire, ne se manifestant en général qu'à une époque éloignée du début de l'infection : vers la fin de la pemière année, dans le cours de la seconde

ou de la troisième, quelquefois même au delà, chez les sujets traités, bien entendu.

« Elle est constituée par des taches rondes, plates ou très légèrement saillantes, dont l'attribut spécial est la forme circinée. Ces taches figurent ou des cercles complets dont toute l'aire est rosée, ou plus fréquemment des circonférences, des anneaux teintés d'érythème, à centre sain, ou des demi-anneaux, des arcs de cercles en forme de C, des croissants, des demi-lunes, etc., ou bien encore des segments de circonférences réunis bout à bout, des huit de chiffres, des arceaux, des ovales, des ellipses, etc.

« Les variétés annulaires, semi-annulaires, ovalaires, elliptiques sont les plus communes. Les circonférences ou les arcs de cercles qu'elles décrivent sont presque toujours d'un petit rayon qui ne dépasse guère celui d'une pièce de 1 franc, de 2 ou de 5 francs au maximum.

« Voici pourtant un cas dans lequel une roséole circinée présentait des circonférences d'un énorme diamètre, telles que je n'en avais jamais observé de semblables.

« Trois de ses anneaux dont deux sont réunis en forme de 8, ne mesurent pas moins de 6, 7 et même 8 centimètres de diamètre. C'est là, je dois le dire, un cas extraordinaire, presque unique à ma connaissance jusqu'à ce jour.

Les syphilides de ce genre sont assez persistantes de leur nature quand elles sont abandonnées à elles-mêmes.

« D'autre part, si elles cèdent assez facilement au mer-

cure, il est d'observation courante qu'elles présentent une singulière tendance aux récidives. Elles peuvent reparaître plusieurs fois de suite en dépit du traitement et il est souvent besoin pour en débarrasser complètement les malades, d'une médication assez prolongée.

« Au point de vue séméiologique, la roséole circinée comporte un intérêt des plus sérieux.

« Sa configuration toute particulière en cercles, en demi-cercles, en arceaux, est un caractère dont le diagnostic peut tirer un utile profit ; l'une de ses formes même, la forme en anneaux, me semble presque pathognomonique.

« Pour ma part, du moins, je n'ai jamais rencontré l'érythème annulaire (j'entends l'érythème pur, vrai, sans mélange de squames, de papules ou de parasites) que sur des sujets dûment syphilitiques, et comme accident non équivoque d'infection constitutionnelle ».

Dans cette description, le professeur Fournier distingue nettement la roséole circinée des autres formes érythémateuses ; il la différencie des roséoles précoces, d'une part, et d'autre part, des roséoles secondaires aussi, mais tardives. Il la place en dehors. Et nous verrons, quand nous étudierons la symptomatologie de l'érythème tertiaire, qu'il fait également de ce dernier une entité morbide indépendante. Nous ferons comme lui, et le séparerons de la roséole circinée récidivante.

Finger signale en 1882 la coïncidence des accidents secondaires et tertiaires de la syphilis. Il s'attache à montrer que la division de la marche de la maladie en trois périodes, telle que l'avait établie Ricord, n'a plus

la rigueur mathématique que lui avaient attribuée la plupart des syphiligraphes.

Et à l'appui de cette affirmation, il cite :

1° Des cas de réinfection chez d'anciens syphilitiques, encore atteints d'accidents tertiaires.

2° Des cas de syphilis maligne galopante où la période latente qui sépare habituellement les manifestations secondaires et tertiaires, est supprimée, si bien que, dès la période secondaire, les malades sont atteints de syphilides tuberculo-ulcéreuses, lésion propre à la période tertiaire.

3° Les accidents tertiaires peuvent empiéter sur la période secondaire sans que pour cela la maladie doive être considérée comme maligne. Les accidents sont alors rapidement améliorés par le traitement.

4° Enfin des accidents tertiaires peuvent être suivis d'accidents secondaires : périostites douloureuses se manifestant au commencement de la période secondaire ; syphilides psoriasiformes de la paume des mains et de la plante des pieds survenues en même temps qu'une gomme ulcérée de l'aile du nez chez un syphilitique de deux ans.

Sans doute, il n'est pas question ici d'érythème circiné tertiaire.

Mais Finger nous montre la possibilité de coexistence d'accidents secondaires et tertiaires ; selon lui, des manifestations secondaires peuvent même suivre des accidents tertiaires. Des observations plus récentes ont d'ailleurs démontré la parfaite justesse de cette assertion.

Rien d'étonnant alors à ce qu'un érythème se ren-

contre plusieurs années après le début de l'infection syphilitique.

Finger nous fait comprendre la marche parfois si capricieuse de la syphilis.

C'est à ce titre qu'il méritait d'attirer notre attention.

Remarquons, d'autre part, pour en faire notre profit, que Finger, parmi les caractères qu'il indique ailleurs comme base de la division de la syphilis en périodes, en néglige un complètement, et qui a bien son importance : c'est la distribution des lésions; leur généralisation et leur dissémination, attribut de la période secondaire, leur localisation en un ou plusieurs points limités, attribut de la période tertiaire.

En 1886, Hardy, dans son traité des maladies de la peau, donne très exactement la description de la roséole circinée tardive.

Il admet la roséole en plaques, correspondant à la roséole récidivante de Fournier, et la roséole annulaire.

« Celle-ci, dit-il, se manifeste sous la forme de cercles d'un rose un peu jaune, d'un diamètre de 3 à 10 ou 12 centimètres, circonscrivant régulièrement un espace dont le centre est complètement sain.

« Ces cercles sont peu ou point saillants. Ils ne présentent ni squames, ni croûtes, ni ulcérations. Ils gardent ordinairement leur diamètre primitif, sans s'agrandir, et disparaissent par une décoloration graduelle.

« Ils ne sont accompagnés d'aucune douleur, d'aucune

cuisson, d'aucune démangeaison. Leur durée est souvent assez longue et peut se prolonger pendant plusieurs mois.

« Le siège habituel de la roséole annulaire est à la face interne des avant-bras et des poignets ; on la rencontre aussi aux épaules, à la poitrine, au ventre et à la partie supérieure des cuisses ».

Par bien des caractères, cette roséole annulaire se rapproche de l'érythème tertiaire. Mais comme l'auteur ne parle pas de la date d'apparition de ces cercles, nous ne pouvons que supposer qu'il s'agit bien d'un érythème tardif.

Hallopeau, dans une note publiée en 1887, attire l'attention des cliniciens sur la possibilité d'interversion dans l'époque d'apparition des syphilides secondaires et tertiaires.

Le docteur Brauman, en 1891, dans une thèse inspirée par le professeur Fournier, fait une étude clinique de l'érythème tertiaire.

« On peut voir, dit-il, à la période tertiaire de la syphilis, des éruptions présentant un caractère de superficialité qui peut les rapprocher des syphilides de la période secondaire ».

Ces éruptions se présentent sous deux aspects : Celui d'une éruption papuleuse superficielle, c'est le plus rare ; celui d'une éruption érythémateuse de couleur rose pâle, un peu jaunâtre, formant de grands cercles, des anneaux et surtout des ovales et des ellipses, circonscrits à une étendue restreinte de tégument.

C'est à cette forme éruptive qu'on a donné le nom d'érythème circiné tertiaire.

Cette syphilide se rapproche de la roséole tardive, ordinairement circinée, appelée encore roséole de retour (Fournier) et que l'on voit apparaître à une époque assez tardive de la syphilis secondaire.

Vraisemblablement ces roséoles tardives établissent un trait d'union entre la roséole du début de la maladie et ces curieux érythèmes circinés de la période tertiaire.

Un fait à noter, c'est que l'érythème circiné, à mesure que la syphilis avance en âge, se présente sous forme d'éléments éruptifs de plus grandes dimensions, mais en même temps que l'éruption se limite à une étendue de plus en plus restreinte de peau, en se portant de préférence sur certaines régions (bras, avant-bras, régions sacrée et fessière).

La superficialité de l'éruption, qui se présente presque toujours comme un simple érythème, sans aucun relief, en est certainement la particularité la plus curieuse.

Dans quelques cas existerait une desquamation furfuracée très minime.

Il n'y a pas de phénomènes subjectifs. La durée paraît fort longue, indéterminée, si l'éruption n'est pas traitée ; et, même traitée, elle durerait encore plusieurs mois.

C'est le traitement mixte qui doit être employé.

De ces lésions superficielles de la peau à la période tertiaire, l'auteur rapproche les lésions superficielles de la langue, qu'on observe parfois à la même période.

Ce sont ces lésions auxquelles M. le professeur Fournier a donné le nom de glossites tonsurantes, et qu'il a rencontrées dans des syphilis traitées datant de 6, 8 et 10 années.

Ces lésions superficielles de la peau et de la langue apparaissent généralement chez les malades qui ont suivi un traitement mercuriel assez prolongé, et semblent indiquer, en tant que manifestations superficielles et bénignes à une époque de la syphilis à laquelle habituellement les accidents sont profonds et graves, une atténuation de la maladie par le mercure.

Si nous nous sommes attardés à l'analyse assez complète de la thèse du docteur Brauman, c'est que pour la première fois, l'érythème tertiaire s'y trouve décrit avec ses caractères propres et significatifs. L'auteur l'a isolé complètement des roséoles récidivantes, et de retour.

Il est dans le vrai, et Fournier, en 1906, dans son traité de la syphilis secondaire tardive, reprendra les idées qu'il avait suggérées à son élève.

Nous n'insistons pas sur cet ouvrage, nous proposant d'y faire quelques emprunts dans les chapitres qui vont suivre.

En 1907, le professeur Gaucher, dans son livre intitulé : le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses, consacre un court chapitre à l'érythème tertiaire.

Voici ce qu'il en dit :

« Ces érythèmes tertiaires sont constitués par des éléments analogues à ceux de la roséole, mais ces élé-

ments sont groupés sur des régions limitées. On peut constater leur présence simultanée en différents points du corps ; mais, en chacun de ces points, ils sont disposés par groupes circonscrits, au lieu de se présenter sous une forme diffuse comme dans les érythèmes secondaires ; ils sont localisés au lieu d'être généralisés.

« Un autre caractère important de ces érythèmes tertiaires, est leur dimension ; ce ne sont pas des taches petites comme dans la roséole, mais des plaques érythémateuses plus larges, plus étendues, en des circinations à grand diamètre, laissant au centre une portion de peau d'apparence saine ».

Depuis, quelques notes et observations ont été présentées à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris, qui avaient pour objet des cas d'érythème tertiaire ou de dermatoses s'en rapprochant.

Darier, en 1909, fait dans son précis de dermatologie, une brève allusion à l'érythème circiné tertiaire.

On trouve également quelques mots le concernant de F. Balzer, dans le traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot (Tome VII, *Maladies vénériennes*).

En faisant la revue des auteurs qui ont traité de l'érythème tertiaire, nous avons voulu donner une idée de l'état actuel de la question.

Elle reste malgré tout, encore assez obscure. Nous serons heureux si ce travail, par sa modeste contribution, y apporte un peu plus de lumière.

CHAPITRE II

LA ROSÉOLE SECONDAIRE TARDIVE

Dès lors que nous admettons la possibilité de la persistance ou de l'apparition, de manifestations à modalité secondaire, pendant la période tertiaire de l'infection syphilitique, nous sommes amenés tout naturellement à rechercher quelles sont ces lésions qui peuvent pour ainsi dire, se survivre à elles-mêmes, ressusciter à une époque où nous ne devrions plus les rencontrer.

Malgré tout, nous ne perdrons pas de vue l'érythème tertiaire. Mais nous le mettrons au milieu des autres lésions qui constituent la syphilis secondaire tardive.

Ainsi classé, il sera plus aisément étudié.

En effet, par plusieurs caractères, il se rapproche de certaines syphilides cutanées, par d'autres, il s'en éloigne. Nous ferons voir ces rapports et ces différences.

Et d'abord, quel est le siège ordinaire des syphilides secondaires pouvant reparaître en plein tertiarisme ?

Nous devons dire qu'on les rencontre un peu partout. Néanmoins elles ont des sièges de prédilection, et nous ne pouvons mieux faire que de citer à ce propos une statistique du professeur Fournier.

Cette statistique concerne 1,321 cas de syphilis secondaire tardive.

Sur ces 1,321 cas :

33 fois les syphilides affectaient le cuir chevelu.

Nous notons :

22 cas d'onyxis et de périonyxis ;

2 cas de syphilides anales et périanales ;

3 affections secondaires de l'œil ;

102 cas concernaient des lésions génitales chez l'homme et 5 cas chez la femme ;

533 fois les syphilides s'étaient portées sur la muqueuse de la bouche (lèvres, langue, palais, amygdales).

Enfin 614 fois les manifestations secondaires s'étaient montrées sur le revêtement cutané. Elles y occupaient les sièges les plus variés, et affectaient les types les plus divers.

Les syphilides secondaires tardives cutanées, sont donc, si l'on s'en rapporte à cette statistique, les plus nombreuses.

Sur 1,321 observations, 614, presque la moitié, concernent la peau.

Ceci ne doit pas nous étonner.

Nous savons en effet, que dans la syphilis tertiaire vraie, la peau est également le plus souvent atteinte.

D'après une autre statistique de Fournier concernant la fréquence des localisations du tertiarisme, et portant sur 5,762 cas, la peau a été touchée 1,418 fois.

Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que la syphilis secondaire tardive, évoluant pendant la période tertiaire, se comporte comme une véritable syphilis tertiaire.

Et nous trouverons presque naturel que la peau soit le plus souvent affectée par les manifestations secondaires tardives.

Les syphilides cutanées nous intéressent seules ici ; nous laisserons donc de côté les syphilides muqueuses, les périonyxis, etc., qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.

Le revêtement cutané se trouve donc être le siège de prédilection des manifestations secondaires tardives.

Mais sous quelles formes vont se présenter ces manifestations ? Seront-elles semblables à celles qui les ont précédées ? En quoi en différeront-elles ?

En général les syphilides tardives correspondent à des syphilides secondaires. Tel type se montrant à la période tertiaire est le rappel de telle manifestation secondaire.

Mais si dans l'ensemble leurs caractères sont les mêmes, il en est pourtant qui les séparent.

Ces caractères distinctifs sont au nombre de quatre :

1° L'exanthème est plus *discret* à la période tertiaire qu'à la précédente. La roséole par exemple, apparaissant normalement peu de temps après le chancre, est composée d'une infinité d'éléments qu'on ne peut dénombrer, tant ils sont abondants. Eh bien, cette même roséole, ne sera représentée à la période tertiaire que par des éléments isolés, peu nombreux ; ils

pourront se réduire à quelques-uns seulement, parfois même à l'unité ;

2° Dans le tertiarisme, l'éruption est *régionale*. Prenons encore la roséole : si nous considérons l'éruption secondaire, elle nous apparaît généralisée à tout le tronc, sinon à tout le corps ;

A la période tertiaire au contraire, l'éruption n'affecte qu'une seule, ou quelques régions spéciales et bien délimitées ;

3° Les éléments constitutifs de la roséole tertiaire ont une tendance réellement marquée à se *grouper méthodiquement ;*

Plusieurs éléments se rassemblent les uns près des autres formant des dessins variés. En particulier, la modalité circinée est assez fréquente : nous la retrouverons plus loin ;

4° Enfin l'exanthème de la période tertiaire est en quelque sorte un exanthème *avorté ;*

Il est en effet beaucoup plus pâle que l'exanthème secondaire.

Telles sont les particularités qui permettent de différencier une éruption tertiaire d'une éruption secondaire.

D'ailleurs, ces caractères différentiels : Discrétion et localisation de l'éruption, groupement méthodique des éléments éruptifs et effacement des lésions, ne sont autres que les caractères des lésions tertiaires véritables.

Une lésion secondaire d'aspect, devenue tertiaire de par sa date d'apparition, s'adaptera à son nouveau milieu et lui empruntera les signes qui la feront reconnaître pour une lésion tertiaire.

Mais nous venons de parler de la date d'apparition des manifestations secondaires tardives cutanées.

A quel moment dans le stade tertiaire se montrent donc ces syphilides ?

Voici une statistique de Fournier concernant 91 cas de syphilides cutanées secondaires tardives :

35	cas se sont produits	au cours de la	4e année;
22	—	—	5e —
9	—	—	6e —
8	—	—	7e —
6	—	—	8e —
3	—	—	9e —
3	—	—	10e —
1	—	—	11e —
1	—	—	12e —
2	—	—	16e —
1	—	—	22e —

Nous en pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Les syphilides secondaires qui prennent place sur la scène du tertiarisme y sont d'autant plus fréquentes que la maladie est plus rapprochée de son origine.

En effet sur 91 cas, 35 fois les syphilides se sont rencontrées au cours de la 4e année et 22 fois au cours de la 5e année de l'infection ;

2° Elles constituent surtout des manifestations des premières années du tertiarisme, de la 4e à la 6e, puisqu'à elles seules, ces trois années comportent les 5/6 des cas environ ;

3° Elles figurent encore pour un certain nombre graduellement décroissant dans les 4 suivantes, jusqu'à la 10e ;

4° Au-delà elles constituent plus que des raretés, des exceptions, puisque sur 91 cas, nous en trouvons seulement 5 postérieurs à cette 10e année, contre 86 antérieurs.

Les syphilides cutanées, les plus fréquentes parmi les espèces cliniques composant la syphilis secondaire tardive, peuvent revêtir deux formes principales :

1° La forme **érythémateuse** dans laquelle nous faisons rentrer la *roséole de retour*, la *roséole circinée*, la *roséole récidivante* et l'*érythème tertiaire ;*

2° La forme **papuleuse** ou papulo-squameuse et ses diverses variétés.

Nous laisserons d'ailleurs de côté ce dernier type, les manifestations érythémateuses formant seules l'objet de notre étude.

Les syphilides à modalité roséolique ne sont pas rares. Dans la statistique que nous citons plus haut, Fournier en a compté 62 cas.

Mais ces roséoles ne ressemblent pas à la roséole secondaire.

Cette dernière peut se définir ainsi :

Exanthème disséminé, quasi généralisé (à l'exception de la face et des extrémités des membres qu'il respecte toujours), affectant surtout le thorax et l'abdomen, et composé de petites taches lenticulaires rosées, indisciplinées comme disposition réciproque, dépourvues de configuration méthodique.

Dans la roséole tertiaire, l'exanthème est circonscrit et régional, tendant aux formes circinées, appauvri comme expansion, comme nombre d'éléments éruptifs.

I. — Les **roséoles de retour** sont des roséoles modifiées qui se différencient de la roséole ordinaire par les caractères suivants :

Elles constituent des éruptions *circonscrites régionales*. Elles sont localisées à quelques foyers, parfois même à un seul (à l'abdomen, au thorax).

Ces éruptions sont *discrètes*. Le nombre de taches est extrêmement réduit (50 à 60, parfois une trentaine, une douzaine; dans des cas plus rares, les taches ne dépassent pas la demi douzaine).

Les taches qui composent l'éruption sont en général *plus larges* que dans la roséole vulgaire. Elles atteignent la dimension d'une pièce de 1 franc, de 2 francs voire de 5 francs.

Elles sont *moins roses* que celles de la roséole secondaire, plus pâles ; elles semblent effacées. Leurs contours sont aussi moins nets, moins précis, et elles peuvent parfois passer inaperçues.

Par ces quatre caractères : éruptions *régionales*, *discrètes*, taches *larges* et *pâles*, la roséole de retour répond bien au type général des syphilides cutanées tardives dont nous avons parlé plus haut.

II. — Le type des **roséoles circinées** est plus commun. On le rencontre fréquemment au cours de la syphilis secondaire tardive. La modalité circinée semble d'ailleurs être la forme de choix des manifestations secondaires apparaissant dans le tertiarisme.

Ici les taches sont rosées comme dans la roséole de retour; elles sont plates ou très légèrement saillantes. Leur principal attribut est la configuration circinée.

Elles adoptent la forme de cercles complets, dont l'aire est teintée d'érythème.

Plus souvent ce sont des circonférences, des anneaux ou des ovales érythémateux dont le centre est sain ; ou encore des demi-anneaux, des arcs de cercle, en forme de croissant.

Le plus fréquemment les diamètres des circonférences ou arcs de cercles, sont petits, ne dépassant pas celui d'une pièce de 2 ou 5 francs.

Exceptionnellement, ils atteignent 5, 6 et jusqu'à 8 centimètres.

Parmi ces variétés, il en est une décrite par Fournier sous le nom de « *roséole ovalaire* ».

L'élément de cette roséole est constitué par une ellipse érythémateuse de 4 à 6 centimètres comme grand axe sur 2 à 3 centimètres comme petit axe. Son contour est brisé, interrompu de loin en loin par de petits intervalles de peau saine.

Cette roséole ovalaire se rencontre rarement; elle mérite d'être signalée comme une curiosité, et à ce titre, il était intéressant d'en dire quelques mots.

Comme la roséole de retour, la roséole circinée peut n'être constituée que par un très petit nombre d'éléments.

Fournier cite un cas de roséole circinée évoluant au cours de la 5e année de l'infection, qui était composé de 3 segments d'ovales mesurant 5 à 6 centimètres comme grand diamètre.

Il peut même arriver que le nombre des éléments éruptifs soit réduit à l'unité.

Voici 8 cas observés par Fournier, qui viennent à

l'appui de cette conception de la roséole circinée : Chez ces 8 malades, les syphilides étaient réduites à un *élément unique* :

I. Syphilis datant de 4 ans : *Grand anneau* érythémateux sur une fesse, en coïncidence avec syphilides palmaire et linguale.

II. Syphilis datant de 4 ans : *Une seule tache* roséolique circinée siégeant sur le thorax.

III. Syphilis datant de 4 ans : *Une seule tache* rosée circinée sur la cuisse.

IV. Syphilis datant de 4 ans : *Un anneau érythémateux* circulaire sur la face dorsale du pied. Plaques muqueuses buccales.

V. Syphilis datant de 4 ans : *Une tache annulaire* siégeant sur le dos du poignet.

VI. Syphilis datant de 6 ans : *Un cercle incomplet* de syphilide érythémateuse affectant l'avant-bras.

VII. Syphilis datant de 7 ans : *Une tache érythémateuse* régulièrement annulaire sur un poignet.

VIII. Syphilis datant de 8 ans : *Un cercle érythémateux* à la face plantaire d'un pied.

Notons que, de ces 8 cas, 6 concernaient des femmes. Ce détail a bien son intérêt; il est à remarquer en effet que la modalité de roséole circinée paraît plus commune dans le sexe féminin.

Un autre fait intéressant à signaler, c'est que de ces 8 cas de roséole circinée à élément unique, 5 se sont manifestés dans la quatrième année, c'est-à-dire dans l'une des premières années du tertiarisme.

Quoi qu'il en soit, le fait de se manifester à une époque relativement avancée de l'infection syphilitique, par un seul élément, constitue pour une éruption de roséole un caractère bien particulier.

Il vient à l'appui de cet autre fait que nous constaterons plusieurs fois au cours de notre étude, à savoir : la syphilis secondaire tardive est une syphilis *atténuée.*

Toutes ces formes de roséole, abandonnées à elles-mêmes, sont persistantes. Elles cèdent au mercure; mais toutes sont sujettes à des récidives, indépendantes les unes des autres. Elles peuvent reparaître plusieurs fois en dépit du traitement.

Et cette constatation nous fournit une transition naturelle pour aborder l'étude de la Roséole récidivante.

III. — **La Roséole récidivante** ne semble pas tout d'abord constituer une catégorie bien séparée des précédentes. Mais le caractère de la récidive devient chez elle si capital, si prédominant que nous pensons, d'accord en cela avec le professeur Fournier, qu'il est bon de la décrire à part, sous le nom qu'il lui a donné : roséole récidivante ou roséole à multiples récidives.

On a constaté que sur le même malade, des éruptions de roséole se reproduisaient 4, 6, 8, jusqu'à 11 fois.

Ces éruptions successives peuvent souvent être totalement ignorées du sujet qui en est porteur.

Il faut en effet qu'il s'observe bien attentivement pour s'apercevoir de la présence de sa roséole.

Il arrive parfois qu'une roséole secondaire vraie passe complètement ignorée du malade ; à plus forte raison, quand cette roséole récidive en période tertiaire, sous une forme beaucoup moins intense, peut-elle être négligée par le syphilitique.

Bien des récidives de roséole sont ainsi soustraites à l'observation du médecin, par le malade qui n'en souffre pas et qui, souvent, ne les a pas vues.

Il est juste de faire remarquer que les récidives s'observent surtout pendant la période secondaire. Mais la période tertiaire n'en est pas exempte et Fournier a constaté des récidives roséoliques :

11	fois au cours de la	4e	année
6	—	5e	—
4	—	6e	—
1	—	7e	—
1	—	10e	—
1	—	11e	—

Ce sont donc bien des roséoles tardives, pouvant être en quelque sorte assimilées aux roséoles de retour.

Il est à remarquer que nous constatons ces récidives fréquentes chez les sujets qui ont été soumis à un traitement mercuriel régulier. Ces exanthèmes sont « l'apanage presque exclusif des sujets qui ont été traités ».

Ce sont des roséoles modifiées par le mercure en ce sens que le mercure atténue la virulence de la syphilis, et qu'à une époque où normalement on pourrait attendre des accidents graves (gommes, accidents nerveux, etc.), la diathèse, combattue par le traitement spécifique, n'est plus capable de se manifester que par des accidents bénins, des érythèmes, les « plus légères de ses déterminations cutanées ».

Voilà tout ce que nous pouvons affirmer quant à l'étiologie de ces curieuses répétitions de roséole, à intervalles plus ou moins réguliers.

Nous pouvons penser que des prédispositions individuelles, certaines conditions morbides, désignent tel malade à la récidive plutôt que tel autre, alors que tous deux auront suivi le même traitement mercuriel ; mais quelles sont ces prédispositions, quelles sont ces conditions particulières ? Nous les ignorons.

Les caractères cliniques de ces roséoles récidivantes sont les mêmes que ceux observés dans la roséole secondaire.

Mais, comme les roséoles de retour, ces récidives tardives, à la période tertiaire, sont *atténuées* comme *étendue de territoire* éruptif, comme *nombre d'éléments* éruptifs, comme *intensité de coloration.*

Les taches sont réduites à un petit nombre (20, 15, 6) et se rencontrent le plus souvent sur les parties latérales du thorax, les fesses, plus rarement sur les membres.

Elles sont formées d'éléments érythémateux, ordinairement plus larges que ceux de la période secon-

daire, et ces éléments affectent souvent la disposition ovalaire.

Elles sont également d'un rose effacé, beaucoup plus pâles que les taches d'exanthème secondaire. Leur contour est mal délimité et paraît se fondre insensiblement dans les téguments voisins.

Les roséoles récidivantes disparaissent spontanément, mais lentement. Elles peuvent durer plusieurs semaines, même plusieurs mois. Quand on leur oppose la médication spécifique, elles s'atténuent rapidement, à l'exception toutefois de celles affectant la forme circinée, qui lui offrent plus de résistance. Quinze jours de traitement suffisent en général pour avoir raison de ces récidives.

CHAPITRE III

L'ÉRYTHÈME TERTIAIRE
SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'avons étudié jusqu'ici que des généralités sur la syphilis secondaire tardive et nous avons fait une classification de ses manifestations cutanées.

Dans le type érythémateux des syphilides cutanées tardives, nous avons passé en revue les roséoles. Il nous reste maintenant à parler de la variété érythémateuse vraie, de l'érythème circiné tertiaire.

Mais auparavant, nous relaterons le cas que nous avons observé à la clinique de syphiligraphie, et dont nous devons l'observation à M. le professeur agrégé L. Spillmann. Il sera intéressant pour le lecteur, avant d'en lire la description générale, de se faire une idée de l'érythème tertiaire par l'aspect d'un cas particulier.

Z..., âgé de 29 ans, entre à la clinique le 4 janvier 1910. Il a un begaiement très prononcé et on ne peut obtenir que très dif-

ficilement des renseignements sur sa famille et sur ses antécédents pathologiques. Il n'a pas connu son père, n'a jamais eu de frères ni de sœurs ; sa mère est infirme depuis l'âge de 29 ans. Lui-même paraît robuste et bien constitué ; il n'a pas fait de service militaire. Il est marié depuis 5 mois.

Il avoue avoir eu, il y a 4 ans, une petite lésion ulcérative du gland qui se cicatrisa au bout de quelques semaines ; cette légère ulcération évolua sans provoquer de phénomènes douloureux ; 4 à 5 mois plus tard, le malade présenta sur les lèvres et au niveau de la marge de l'anus des lésions qui paraissent bien avoir été diagnostiquées syphilides secondaires par un médecin qui, à l'époque, prescrivit du sirop de Gibert.

On ne trouve chez lui aucun autre stigmate de syphilis.

Vers la fin du mois de septembre 1909, le malade vit apparaître sur son corps des lésions cutanées qui le décidèrent à entrer à la clinique.

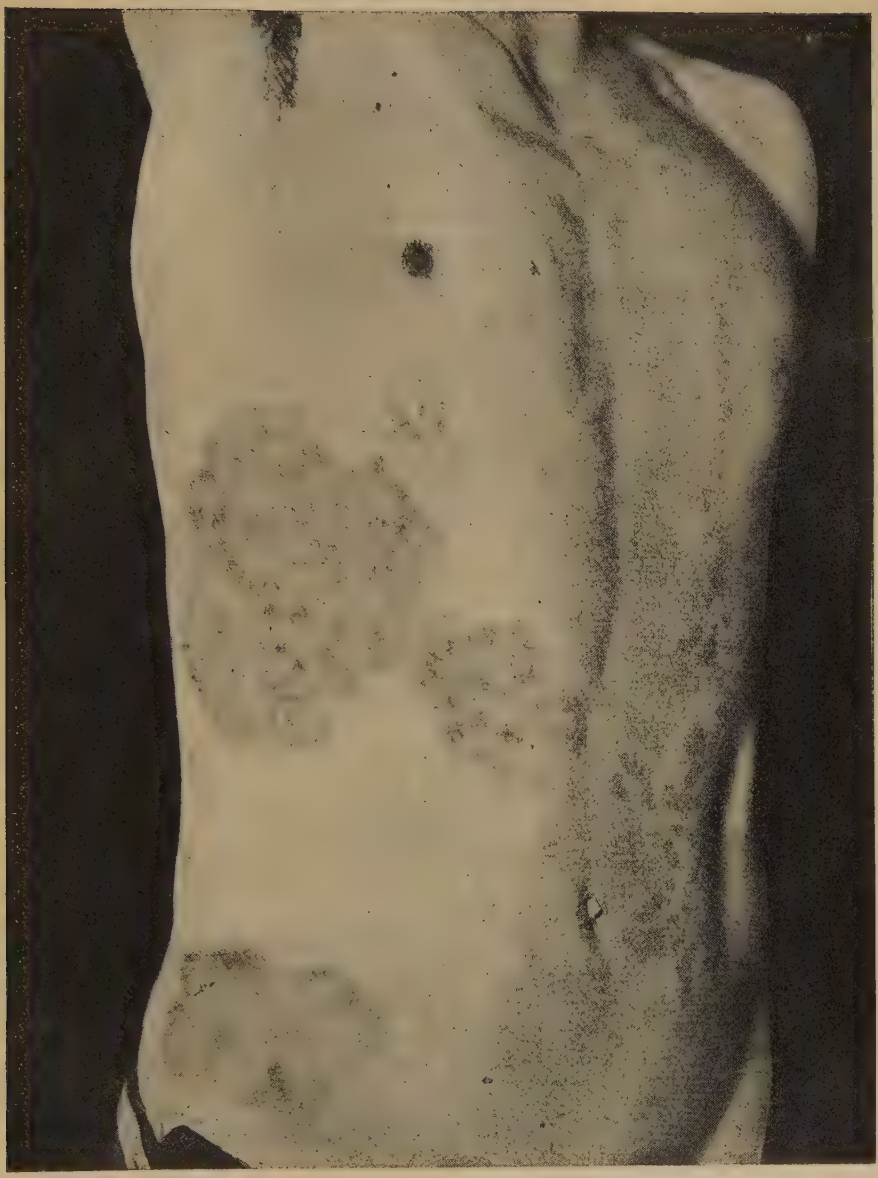
Ces lésions se sont développées très rapidement. Ce sont des *taches érythémateuses*, ne faisant aucune saillie sur le revêtement cutané. A leur niveau, la peau est tout à fait souple.

Ces taches présentent une coloration rose légèrement teintée de bistre ; elles sont surtout visibles à jour frisant. Elles paraissent présenter en certains points une très *fine desquamation*, qui paraît bien être due, comme l'a fait observé très justement Fournier, à un *fin plissement* de l'épiderme.

Ces taches érythémateuses n'ont jamais été prurigineuses, elles ne gênent le malade en aucune façon.

Leurs caractères les plus intéressants sont leur *distribution topographique* et leur *configuration :* elles sont disposées très nettement suivant le type dit en *festons arciformes conjugués.*

Ce sont des taches roses en demi-anneaux dont les extrémités sont accolées. L'éruption forme ainsi *10 grands placards* composés chacun d'un nombre variable d'éléments. Chaque élément constitutif du placard a un diamètre variant de celui d'une pièce de



Cliché L. Spillmann.

Erythème circiné tertiaire à la quatrième année de la maladie

On aperçoit le grand placard siégeant à l'hypocondre droit, ainsi que celui de la région prétrochantérienne droite

50 centimes à celui d'une pièce de 1 franc ; la peau présente l'aspect et la coloration de la peau normale au centre de l'anneau érythémateux.

Les placards érythémateux étant particulièrement nombreux chez ce malade, nous avons soigneusement noté leur siège et leurs dimensions.

		Largeur	Hauteur
1er Placard :	Région brachiale droite antérieure.	8 cm.	13 cm.
2e —	Hypocondre droit	12 —	12 —
3e —	Hypocondre gauche	13 —	12 —
4e —	Région prétrochantérienne gauche.	11 —	8 —
5e —	Région prétrochantérienne droite.	10 —	9 —
6e —	Région fessière gauche	6 —	4 —
7e —	Région antéro-externe de la cuisse gauche.	8 —	10 —
8e —	Région antéro-externe de la cuisse droite	14 —	14 —
9e —	Triangle de Scarpa à droite	8 —	12 —
10e —	Creux poplité droit	3 —	4 —

L'aspect de ces lésions, leur coloration et leur configuration nous firent porter le diagnostic d'érythème tertiaire. Le malade fut soumis au traitement mercuriel intensif. On lui administra le contenu d'une seringue de Barthelemy, remplie d'huile grise, toutes les semaines. A la sixième injection, les taches érythémateuses avaient disparu.

Le malade quitta la clinique après avoir reçu la huitième injection d'huile grise.

Cet érythème tertiaire dont le diagnostic ne nous paraît pas douteux présente un certain nombre de caractères intéressants.

Le plus souvent, comme nous le verrons tout à l'heure, le diamètre des anneaux varie de 3 à 6 centi-

mètres ; on peut en voir de plus grands atteignant 14 et 15 centimètres. On en voit rarement de plus petits.

Chez notre malade, le diamètre des éléments prenant part à la constitution des grands placards érythémateux variait de celui d'une pièce de 50 centimes à celui d'une pièce de 1 franc, c'est-à-dire était au maximum de 2 centimètres. C'est là une particularité assez rare pour être signalée.

Nous avons donc affaire à une modalité un peu spéciale d'érythème tertiaire.

Les grands placards d'érythème circiné étaient disposés symétriquement en certains points du corps, au niveau des hypocondres notamment, ainsi que dans la région antéro-externe des cuisses. Le nombre relativement élevé de ces grands placards éruptifs paraît également devoir être souligné.

Il est bon de noter que l'éruption ne s'est modifiée en aucune façon pendant toute la durée de son évolution : telle elle était à son début, telle elle était encore près de 4 mois après l'apparition des éléments éruptifs.

Cet érythème est apparu dans la quatrième année de l'infection syphilitique ; il a disparu progressivement et sans laisser de traces, sous l'influence du traitement mercuriel.

Nous avons donc observé chez notre malade la plupart des caractères attribués à l'érythème tertiaire dans les diverses publications qui se sont occupées de cette variété de syphilis tertiaire à modalité secondaire.

La *petite dimension* des lésions constitutives de l'éruption, le *nombre élevé* des grands placards érythémateux

et la *disparition rapide* des lésions sous l'influence du traitement spécifique, nous paraissent être, dans ce nouveau cas d'érythème tertiaire, les faits les plus dignes d'être notés.

D'après cette observation et la gravure qui l'accompagne, nous pouvons imaginer exactement l'aspect de l'érythème tertiaire. Cette syphilide, pourtant, n'est pas toujours semblable à elle-même, et la description d'un cas particulier, ne nous dispense pas d'une étude générale.

I. — Caractéristique objective.

L'éruption est de type érythémateux, c'est-à-dire constituée par une rougeur tégumentaire superficielle. C'est une rougeur en nappe, sans infiltration, qui ne présente pas de squames et n'est le siège d'aucun prurit.

Les taches sont de couleur rose; le plus souvent, c'est un rose pâle, effacé, fané, pour ainsi dire.

Quelquefois cette teinte est si peu apparente qu'il est besoin pour la percevoir, d'une certaine incidence de lumière, d'une exposition de quelques minutes de la peau au froid extérieur.

Très rarement la couleur de l'érythème est d'un rose vif, et jamais elle n'est de tonalité cuivré.

Au bout d'un certain temps (un, deux, trois mois), cette coloration vire, probablement sous l'influence des rayons lumineux et devient jaunâtre. Et c'est alors que l'éruption semble présenter une fine desquamation à peine perceptible.

Mais ce n'est là qu'une apparence ; cette desquamation n'est en réalité qu'un effet d'optique.

Si on l'examine attentivement à la loupe, on s'aperçoit qu'il s'agit simplement d'un plissement de l'épiderme, plissement si fin, qu'il peut à la rigueur, et pour des yeux non expérimentés, en imposer pour une furfuration. Il est d'ailleurs impossible de détacher aucune squame de la surface de la lésion.

Au toucher, on ne constate aucune rénitence, pas le moindre épaississement dermique ou épidermique. Nul phénomène subjectif n'est perceptible, et cela à aucun moment de l'évolution de l'érythème : ni cuisson, ni chaleur, ni douleur, ni prurit.

En résumé, l'éruption est superficielle et simplement érythémateuse. Mais il en est de même de la roséole secondaire.

Et si l'on s'en tenait à ces deux caractères : superficialité et apparence érythémateuse des deux lésions, la confusion serait possible.

Mais, comme toute manifestation secondaire tardive, l'érythème tertiaire présente des particularités qui le différencient d'une éruption secondaire vraie ; ce sont d'ailleurs les mêmes particularités que nous avons rencontrées dans d'autres syphilides secondaires tardives, et l'étude que nous en avons faite dans le chapitre précédent, va nous servir ici.

1° Circonscription éruptive.

L'érythème tertiaire n'intéresse que quelques régions du tégument ; l'éruption est bien nettement circonscrite et localisée ; elle est en outre toujours très discrète.

2° Dimensions des éléments éruptifs.

L'érythème tertiaire est constitué par un petit nombre de larges taches rosées.

3° Configuration éruptive méthodique disciplinée.

Les éléments de la roséole secondaire vraie sont indécis de forme, parfois même amorphes, et distribués sans ordre les uns par rapport aux autres. Les taches de l'érythème tertiaire sont, au contraire, groupées d'une manière bien ordonnée. Leur configuration est méthodique. Plusieurs taches se réunissent souvent pour composer des placards érythémateux, et l'aspect qu'elles adoptent presque invariablement dans ce cas est la modalité circinée.

Elles sont parfois constituées par des disques rosés circulaires ou ovalaires, du diamètre d'une pièce de 2 francs ; ou bien, et c'est le plus souvent, elles se présentent sous les formes dites « annulaires, semi-annulaires, en anneau brisé, en segment d'anneau, en festons arciformes conjugués ».

Elles finissent par représenter, mises au bout les unes des autres, de longues sinuosités analogues à des rubans ondulés. La surface du tégument comprise entre ces ondulations est respectée ; la peau est saine en cet endroit.

Ainsi, voici trois caractères essentiels appartenant à l'érythème tertiaire : *la disposition circinée* des éléments éruptifs ; *leurs grandes dimensions ; leur localisation* et leur petit nombre.

Ces caractères font de l'érythème tertiaire une syphilide indépendante, qui a sa physionomie propre et qui justifie bien l'intérêt que nous lui portons.

Mais considérons encore une fois la dimension de ces anneaux ou de ces ovales.

En général, leur diamètre ou leur grand axe varie de 3 à 6 centimètres. Ils peuvent même être plus petits, ainsi que nous l'avons observé chez notre malade de la clinique de syphiligraphie : chez lui les lésions étaient formées de petits éléments constituant de grands placards, par leur réunion. Mais l'élément éruptif était de petite dimension et n'excédait pas 2 centimètres de diamètre.

Il est des anneaux beaucoup plus vastes. On en a vu dont le grand axe atteignait 8, 10 et même 15 centimètres.

Fournier cite l'observation d'une de ses malades qui portait un ovale érythémateux rubané, à centre sain, mesurant 10 centimètres dans l'un de ces axes et 14 centimètres dans l'autre.

Chez un autre sujet, il relève un ovale situé au niveau de la région sacrée, mesurant 15 centimètres en largeur et 8 centimètres en hauteur.

Le cas est exceptionnel, mais peut se rencontrer. Il est à remarquer que ces grands éléments éruptifs peuvent coexister fréquemment avec d'autres bien plus petits. Ainsi chez ce dernier malade, au voisinage du grand ovale de 15 centimètres se trouvaient deux anneaux juxtaposés en 8 de chiffre, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Et à propos du développement plus ou moins grand que prennent les éléments érythémateux, Fournier nous dit :

« Il semble ressortir d'un certain nombre de cas que

les dimensions des éléments éruptifs de l'érythème tertiaire sont en proportion directe avec l'âge de la syphilis et la circonscription de l'éruption, c'est-à-dire que les grands anneaux ou les grands ovales s'observeraient surtout dans les vieilles syphilis et dans les cas où l'éruption est la plus limitée ».

Nous n'ajouterons rien à ces lignes qui nous paraissent exprimer un fait dûment constaté : les manifestations éruptives deviennent plus rares comme nombre et plus étendues en surface à mesure que la syphilis avance en âge.

Considérons maintenant non plus l'élément éruptif pris isolément, ni même le placard érythémateux composé de plusieurs éléments, mais l'ensemble de l'éruption.

Cette éruption est discrète. Le nombre des placards, très réduit, ne dépasse guère 2, 4, 6. Rarement il est plus élevé, et alors les placards d'érythème sont disposés symétriquement, sur les bras et les avant-bras, de chaque côté du tronc.

Parfois, mais d'une façon exceptionnelle, on a vu l'érythème tertiaire se réduire à une lésion unique. Une malade de Fournier dont la syphilis remontait à 5 ans, présentait sur l'une des cuisses, un seul anneau érythémateux, d'un rose éteint, et d'un diamètre d'environ 4 centimètres (Observation I).

Comme localisation, l'érythème tertiaire affecte le plus souvent le tronc, au niveau des flancs; les cuisses, les lombes, les fesses, les avant-bras et les bras. On ne l'a jamais observé à la face ni à l'extrémité des membres.

II. — **Evolution. Durée. Récidives.**

L'évolution de l'érythème tertiaire est essentiellement lente et chronique.

Un fait remarquable à signaler, c'est que, lorsque la lésion est constituée, elle reste en l'état.

Elle ne varie plus dans son aspect, ne se modifie plus. Les placards érythémateux n'augmentent pas en étendue ; ils restent ce qu'ils étaient au début, et cela pendant toute la durée de l'éruption.

Les lésions régressent spontanément ; elles pâlissent, se décolorent graduellement, jusqu'à disparition complète. Cette disparition s'opère sans laisser aucune trace, aucune cicatrice ; la peau reprend l'aspect normal qu'elle avait auparavant.

En combien de temps s'accomplit cette évolution ?

Il est assez délicat de lui fixer des limites.

En effet le plus souvent, le début passe inaperçu et quand le malade s'aperçoit qu'il est porteur d'un érythème, l'éruption est constituée.

Mais ce que l'on peut affirmer avec certitude, c'est que sans l'intervention du traitement mercuriel, la durée de l'érythème est longue, très longue ; elle se prolonge pendant des semaines, des mois. La plupart du temps elle n'est pas inférieure à 3 mois ; souvent les lésions sont apparentes pendant 6 mois, un an.

Fournier cite le cas d'un syphilitique qui conserva des placards érythémateux pendant 18 mois.

Comme la roséole secondaire tardive, l'érythème tertiaire est sujet aux récidives. Cette tendance est une caractéristique des exanthèmes tardifs.

La récidive se produit après disparition complète, et

peut se renouveler plusieurs fois, à deux ou trois reprises.

Cependant, envisagé d'une façon générale, l'érythème récidive moins fréquemment que la roséole. C'est d'ailleurs là, comme nous le verrons plus loin, un élément de diagnostic entre les deux lésions.

III. — **Echéances d'invasion.**

Elles sont des plus variées. D'après une statistique de Fournier, concernant 29 cas d'érythème tertiaire, il est apparu :

6	fois au cours de la	3e	année ;
1	—	4e	—
3	—	5e	—
6	—	6e	—
5	—	7e	—
4	—	8e	—
2	—	11e	—
2	—	13e	—
1	—	14e	—
1	—	18e	—

Il est donc bien véritablement une manifestation du tertiarisme, puisqu'il ne fait son apparition qu'après la 3e année de l'infection syphilitique, époque à laquelle se montrent d'ordinaire des accidents plus graves.

L'érythème tertiaire est bien nommé ; il fait partie du stade tertiaire ; on le voit même à des dates très éloignées dans ce stade.

Pourtant, d'après les chiffres, ses plus grandes chances d'invasion se trouvent de la 3e à la 8e année : sur 29 cas, ces 6 années en comportent 23, soit plus des 2/3.

L'érythème, manifestation tertiaire, peut-il se montrer après de véritables accidents tertiaires ?

Cela est certain. Il peut même coïncider avec eux.

Laissons la parole à Fournier :

1° Dans l'une de mes observations relative à une syphilis des plus graves, syphilis à jet continu, qui poursuivit le malade d'incessantes poussées tertiaires jusqu'à sa mort, j'ai vu un type d'érythème tertiaire faire invasion dans la 11e année de la diathèse, en succédant à toute une série d'accidents tertiaires des plus typiques et des plus sérieux (syphilides tuberculeuses sèches et syphilides tuberculo-ulcéreuses à récidives, gommes multiples et de divers sièges, glossites, périostite, exostose, etc.) [Observation II];

2° MM. les docteurs Vidal et Wickham ont présenté à la Société de dermatologie le cas curieux d'un malade qui était affecté au même moment de plusieurs gommes siégeant à la verge et à la région inguinale, d'une syphilide papuleuse en corymbe, d'une syphilide ulcéreuse du poignet, et d'un érythème circiné annulaire tout à fait superficiel, disséminé sur le tronc, le bras gauche, l'aisselle gauche, et la région sacrée ;

3° Sur un de mes malades un érythème tertiaire absolument typique coexistait avec une syphilide tuberculeuse de la jambe et une syphilide gommeuse ulcérée de la verge.

Mais cette coexistence de l'érythème tertiaire avec d'autres déterminations tertiaires n'est qu'un fait rare, presque exceptionnel, du moins à en juger par les observations dont nous disposons actuellement.

Presque toujours au contraire, il se présente isolé-

ment, comme manifestation unique de la diathèse à un moment donné.

Tel est, dans son ensemble, l'aspect de l'érythème circiné tertiaire de la syphilis: lésion superficielle, sans phénomènes subjectifs, sans symptômes généraux, adoptant le plus souvent la forme circinée.

Quelques observations vont illustrer la description que nous venons d'en faire.

A notre connaissance il existe au plus une trentaine d'observations d'érythème circiné tertiaire.

Parmi celles que nous rapportons ici, une seule nous est personnelle; nous l'avons relatée plus haut.

Celles qui vont suivre ont été recueillies soit dans la thèse du docteur Brauman, soit dans l'ouvrage de Fournier, intitulé la syphilis secondaire tardive, soit dans les annales de dermatologie et de syphiligraphie.

Nous n'en mentionnons qu'un petit nombre, et seulement celles qui offrent un intérêt particulier au point de vue de la date d'apparition de l'érythème; ou de sa coexistence avec de véritables accidents tertiaires, ou de son caractère plus spécial de récidivité.

Nous avons laissé les autres de côté, qui concernent des cas d'érythème tertiaire à caractère plus banal; le lecteur sera libre de les retrouver dans les ouvrages ci-dessus mentionnés.

OBSERVATION I (Résumée, d'après Fournier).

Erythème tertiaire- Un seul anneau érythémateux

Mme X..., âgée de 30 ans environ contracte la syphilis. Elle présente des syphilides vulvaires et anales, adénite cervicale. Elle a suivi un traitement assz rigoureux.

Cinq ans après la contamination elle présente une tâche érythémateuse de la cuisse. C'est un anneau de 5 cm. de diamètre, de coloration rose éteint, très superficiel.

On traite la malade par des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium. En deux mois l'érythème a disparu.

OBSERVATION II (Résumée d'après Fournier).

Erythème circiné succédant à des accidents tertiaires graves

Sur le bras gauche du malade et au niveau de l'aisselle on constate sept plaques rosées annulaires, tout à fait superficielles, à surface plutôt chagrinée et plissée que furfuracée. Les plaques sont situées au voisinage les unes des autres. Elles offrent environ, pour chacune le diamètre d'une pièce de 2 fr.

Un placard ovalaire peu étendu, du diamètre d'un œuf de poule, dans son grand axe, occupe la partie inférieure du même bras. Il offre un ensemble de caractères analogues à ceux des plaques sus-décrites, à cela près que son centre est un peu coloré.

Au dos et au côté droit, quatre cercles rosés, de dimensions variant entre celle d'une pièce de 5 fr. et celle de la paume de la main. Configuration annulaire ; caractère absolument superficiel et roséolique de l'éruption.

Cet érythème succédait de très près à une invasion d'exostoses tibiales.

Traitement mixte : Quatre pilules de Dupuytren et quatre grammes d'iodure de potassium par jour. L'éruption se fane, devient jaunâtre, et disparaît en un mois environ.

OBSERVATION III (Résumée d'après A. Souplet).

G... Louise, 27 ans.

Quand on pratique l'examen du tronc, ce qui attire tout d'abord l'attention ce sont les régions épigastrique et lombaire. Elles

sont parsemées de placards arrondis ou ovalaires, de dimensions variables, mais qui tous ont, à un degré plus marqué s'ils sont plus considérables, la disposition circinée. Les plus petits ont un aspect circulaire ; les plus grands sont elliptiques, mesurant dans leur grand axe 3, 4, 5 cm.

Le centre de chaque placard est constitué par la peau saine mais légèrement pigmentée. Les bords sont continus, étroits, sans relief appréciable, de teinte rose ; ils sont finement plissés de petits plis parallèles au grand axe de l'ellipse.

Les régions thoraciques latérales présentent le même aspect ; mais le nombre des éléments est beaucoup plus limité.

La poitrine offre également un certain nombre de placards, mais leurs caractères sont moins tranchés, ils sont moins roses presque jaunâtres.

La partie centrale est moins pigmentée. Les bords sont cerclés d'un pourtour sec et finement squameux.

Ajoutons que cette éruption n'est pas prurigineuse.

Quatre ans auparavant la malade avait contracté la syphilis.

Après des plaques vulvaires, de la roséole, de l'alopécie, elle fait des syphilides ulcéro-croûteuses autour du nez sur les sourcils et le front près des cheveux. Elle est affectée ensuite de la lésion que nous venons de décrire et dont le diagnostic s'impose ; il s'agit bien là d'un érythème tertiaire, dont le traitement spécifique eut raison. La malade avait été soignée régulièrement depuis le début de sa syphilis.

OBSERVATION IV (Résumée. Thèse de Brauman).

Erythème récidivant

Une jeune femme de 24 ans a contracté la syphilis à 20 ans. Elle eut de la roséole, des plaques muqueuses buccales et vulvaires et suivit le traitement mercuriel assez sérieusement.

Elle porte sur le tronc des plaques arrondies, ovalaires, brunâtres, pigmentées, décolorées au centre. L'une de ces plaques est

un anneau ovalaire à contour régulier de teinte brunâtre, de 8 cm. de long sur 4 à 5 cm. de large, ne faisant pas de saillie appréciable à la vue ni au toucher.

La malade suit le traitement spécifique et malgré cela, six mois après, récidive de quelques tâches qui sont moins nombreuses : 4 ou 5 ; leur dimension est celle d'une pièce de 2 fr. Elles sont superficielles et aprurigineuses, de coloration rosée.

Traitement : Deux pilules de Dupuytren et sirop d'iodure de fer. Deux mois après, nouvelle récidive ; trois tâches près de l'aisselle droite, deux sur les cuisses, les unes en disques, les autres sous forme d'anneau ; leur dimension varie d'une pièce de 50 cent. à 1 fr. pour celles affectant la forme de disques, celles en forme d'anneau sont plus vastes, de la grandeur d'une pièce de 5 fr. et même presque d'une paume de main. Les anneaux sont festonnés, formés par place de portion de cercle.

Traitement : Deux grammes d'iodure de K par jour. Disparition rapides des lésions.

OBSERVATION V (Fournier.)

Erythème récidivant 13 ans après l'infection primitive

M. X... 33 ans a une syphilis datant de 13 ans : chancre, plaques muqueuses. Aujoud'hui il présente de l'érythème circiné aux deux avant-bras. Sur l'avant-bras gauche existe une plaque arrondie, à bords nets, circulaires, de dimension d'une pièce de 5 fr. à l'avant-bras droit, un cercle brisé.

L'éruption est superficielle et de coloration rosée.

Elle disparaît en un mois, après soixante pilules de Dupuytren. Trois mois après elle reparaît sous forme de plaques annulaires, 4 à l'avant-bras droit, en croissant, en petits cercles incomplets. Dimension : 50 cent. à 1 fr. A l'avant-bras gauche, une seule plaque composée de portions de cercles réunis bout à bout et formant une plaque annulaire festonnée à centre sain.

Traitement : Deux pilules de Dupuytren par jour. Au bout de 130 pilules, l'éruption est en voie de disparition.

OBSERVATION VI (Fournier)

Syphilides érythémateuses 46 ans après le début de la syphilis

M. X..., 64 ans. A contracté la syphilis à l'âge de 18 ans : chancre induré, pléïade inguinale et roséole. Prit des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium.

Douze ans après, syphilides palmaires et syphilides annulaires de l'avant-bras. Traitement : une pilule de protoiodure par jour. Depuis, il se portait bien.

A la première visite, 46 ans après le chancre, on constate :

1° De la leucoplasie buccale sous forme d'une seule plaque à la commissure labiale gauche datant de 7 ou 8 ans.

2° Une éruption cutanée localisée au cuir chevelu (il est chauve) et aux fesses, et datant de 5 ou 6 ans.

Elle est constituée par des cercles énormes aux fesses. Faisant presque le tour des deux fesses et remontant sur la région sacrée, ce grand placard circiné est composé de petites portions de cercles réunis bout à bout et présentant ainsi l'aspect d'une couronne festonnée.

Les éléments de l'éruption sont érythémateux, sans saillie ni infiltration, de coloration rose.

Une éruption analogue existe au cuir chevelu. Elle forme un cercle de la dimension d'une paume de main et affecte aussi la disposition circinée. Nous sommes en présence d'un érythème très avancé dans la période tertiaire de la syphilis puisqu'il existe 46 ans après l'infection. Le cas est exceptionnel.

OBSERVATION VII

Erythème tertiaire du bras

M. X..., 38 ans. Syphilis datant de 14 ans. Chancre induré

suivi de roséole, sans d'autres manifestations cutanées ou muqueuses. Traitement. 35 frictions mercurielles et iodure de potassium.

Actuellement le malade présente quelques taches érythémateuses sur le bras, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle de 1 franc.

OBSERVATION VIII

(Docteur Wikham, dans la Thèse de Brauman)

Homme de 23 ans. A contracté la syphilis à l'âge de 20 ans, chancre génital. Roséole dicrète, angine, plaques muqueuses à la gorge et aux lèvres. Traitement mercuriel.

Deux ans et demi après l'accident initial, gomme du pénis, inflammation et suppuration ganglionnaires de l'aine gauche.

Le malade présente d'autres manifestations syphilitiques, apparues en même temps que la gomme, et qui persistent encore 6 mois après.

Ce sont des surfaces annulaires, non saillantes, offrant des contours circinés. De coloration rose, les lésions ont un aspect érythémateux, elles ne sont pas prurigineuses.

Irrégulièrement disséminés sur le tronc et sur le bras gauche, ces placards sont au nombre de 8. Sur l'abdomen et dans le dos, ils ont de 4 à 5 cm. de diamètre. 2 existent sur la partie antérieure du bras gauche. A la région sacrée on trouve un anneau de forme ovalaire de 8 cm. de long sur 5 cm. de large, formant une ellipse incomplète.

Sur la fesse gauche une plaque est située au-dessus du pli fessier.

La surface cutanée au centre des placards d'érythème, est indemme.

Traitement : iodure de potassium. L'érythème, manifestement tertiaire, est en voie de régression.

OBSERVATION IX (Thèse de Brauman)

M. F..., 41 ans. Chancre induré il y a 18 ans. Pas de traitement spécifique au début. Il y a 5 ans, le malade prit de l'iodure de potassium.

Aujourd'hui, éruption cutanée : sur le bras droit, un anneau rosé de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Au niveau des deux poignets, plaques annulaires roses, superficielles, sans démangeaisons.

Traitée par le protoiodure et l'iodure de potassium l'éruption disparaît.

OBSERVATION X (Thèse de Brauman)

Erythème tertiaire récidivant

Jeune femme de 29 ans. Contaminée 5 ans auparavant.

A eu de nombreux accidents secondaires (roséole, alopécie, plaques muqueuses). Convenablement traitée, elle présente actuellement une éruption érythémateuse récidivante, depuis 1 an, tous les 2 ou 3 mois.

Les placards d'érythème sont localisés aux avant-bras, aux régions sacrée et fessière, et au niveau des genoux.

Aux avant-bras on voit des anneaux de 4 à 6 cm. de diamètre au nombre de 3 d'un côté, et de 4 de l'autre, superficiels et sans aucun relief.

Au niveau de la région sacrée, on constate la présence d'un grand ovale mesurant 15 cm. sur 8, de coloration rose, à centre normal. Deux autres anneaux forment par leur confluence un 8 de chiffre.

Sur la fesse gauche, un placard de la grandeur de la paume de la main.

Au niveau des genoux, les anneaux éruptifs offrent la même apparence.

Aucun prurit. Caractères particuliers de l'éruption : Son existence éphémère (elle disparaît au moindre traitement). Sa réapparition fréquente.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

E. Besnier disait: « Non seulement la variété des érythèmes défie toute description complète, mais il faudrait des catégories à l'infini si l'on voulait classer tous les faits en série méthodique ; les auteurs qui en ont fait l'essai ont échoué régulièrement, et n'arrivent qu'à produire des compilations indigestes et inutiles ».

Cette affirmation ne semble pas devoir faciliter notre tâche. Si les différents érythèmes sont nombreux à ce point qu'il est impossible de les classer d'une façon claire et méthodique, il faut penser que tout essai de diagnostic va devenir d'une réelle difficulté.

En effet, toutes ces dermatoses, en tant qu'érythèmes, ont des caractères communs ; et comme leurs caractères distinctifs ne suffisent pas à les classer, comment établir notre diagnostic ?

Assurément il deviendra laborieux si l'on considère les érythèmes qu'on a coutume de rencontrer, consti-

tuant, en somme, des dermatoses banales, et qui ici, ne nous intéressent pas.

Mais la difficulté ne sera pour nous qu'apparente.

Notre érythème tertiaire n'est pas en effet un érythème ordinaire. Il a des particularités bien nettes, qui lui appartiennent bien en propre, et les lésions cutanées qui pourraient être confondues avec lui se réduisent en réalité à un petit nombre.

Quelques variétés cliniques d'érythèmes vont suffire à poser notre diagnostic.

Nous allons les examiner. Mais auparavant, soulignons l'importance du diagnostic affirmé de bonne heure. L'avenir du malade dépend souvent de cette clairvoyance précoce ; car s'il s'agit d'un érythème syphilitique, le traitement mercuriel appliqué à temps en aura raison facilement, et pourra peut-être empêcher l'apparition d'accidents plus graves, qui seraient survenus sans son intervention

Faire un diagnostic précoce est ici une question de premier ordre, d'une importance capitale ; il importe essentiellement que ce diagnostic soit établi le plus tôt possible.

Mais sur quelles données étayer notre opinion, et quelles dermatoses pourraient prêter à confusion ?

On a dit : L'érythème tertiaire n'est qu'une dermatose quelconque méconnue, est indûment imputée à la syphilis.

Il existe en effet des lésions cutanées susceptibles d'en imposer pour des manifestations syphilitiques, en particulier érythémateuses.

Fournier ne met en cause que cinq modalités d'éry-

thèmes. Nous laisserons de côté avec lui l'eczéma vulgaire, ou certaines roséoles médicamenteuses, avec lesquelles l'érythème tertiaire ne peut pas être confondu, et nous ne retiendrons que :

La TRICHOPHYTIE CUTANÉE (*herpès tonsurant*) ;

Le PITYRIASIS VERSICOLOR ;

L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE ;

La ROSÉOLE SQUAMEUSE ou *pityriasis rosé de Gibert;*

L'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE.

Après avoir différencié l'érythème tertiaire de ces dermatoses, nous nous attarderons au diagnostic plus délicat du même érythème et des roséoles secondaires tardives, en particulier de la ROSÉOLE CIRCINÉE.

I. — **L'herpès tonsurant**, ou mieux l'érythème trichophytique, ou trichophytie cutanée, se manifeste : au cuir chevelu par des tonsures ; dans les régions glabres, par de l'érythème. Il débute par un point rouge, arrondi ou ovalaire, qui peut atteindre les dimensions d'une lentille, et même les dépasser.

Ses taches sont légèrement saillantes, prurigineuses, et sont le siège d'une desquamation furfuracée.

Les éléments de l'érythème tertiaire par contre, sont plus larges ; ils ne sont jamais saillants, ni prurigineux et ne présentent pas de desquamation.

La différence jusqu'ici est bien établie.

Où elle devient moins nette, c'est lorsque les éléments de trichophysie se fusionnent ensemble pour prendre l'aspect circiné, et se transforment de telle manière que nous appelons herpès circiné, cette nouvelle trichophytie.

Alors nous avons un élément de diagnostic que nous possédions également auparavant, mais qui devient notre dernière ressource: c'est l'examen microscopique.

L'objectif nous révèle dans l'herpès circiné la présence du *trichophyton tonsurans*, et cela nous suffit, en dehors de toute autre caractéristique, pour nous éclairer définitivement.

II. — Pour le **pityriasis versicolor**, le microscope nous est également d'un précieux secours: il décèle à nos yeux la présence du champignon d'Eichstedt, le *microsporon furfur.*

En l'absence de ce criterium infaillible, le « signe du copeau » nous fournira un élément de diagnostic également certain : un coup d'ongle donné à propos sur une plaque de pityriasis versicolor, détache un lambeau d'épiderme, un copeau. On n'a jamais pu reproduire ce phénomène quand il s'agissait d'érythème tertiaire syphilitique.

III. — L'**érythème polymorphe** siège de préférence aux extrémités des membres, à la face dorsale des mains et des pieds. Nous savons que l'érythème syphilitique se localise le plus souvent au tronc et à la partie supérieure des cuisses.

Un autre caractère différentiel nous est fourni par l'aspect des lésions : la couleur de l'érythème polymorphe est beaucoup plus foncée que celle de l'érythéme tertiaire.

En outre les placards s'effacent pour un instant sous la pression du doigt.

Parfois des symptômes généraux assez accentués accompagnent l'érythème polymorphe : hyperhémie, anorexie, agitation, délire, arthralgies, angine, laryngite, bronchite. Cela ne s'observe jamais dans l'érythème tertiaire, qui évolue sans aucun phénomène sympathique.

Son évolution est essentiellement lente et chronique alors que celle de l'érythème polymorphe est hâtive, aiguë en quelque sorte.

Par tous ces caractères il sera facile de faire le diagnostic, alors même que l'érythème polymorphe aurait adopté la configuration circinée, modalité assez fréquente : les mêmes phénomènes généraux l'accompagneraient également.

IV. — Ces troubles de l'état général n'existent ordinairement pas dans le pityriasis rosé de Gibert qu'on désigne aussi sous le nom de **roséole squameuse**.

La roséole squameuse se présente sous la forme de placards plus ou moins arrondis, ou ovalaires.

Et cette disposition la rapproche morphologiquement de l'érythème tertiaire.

Mais l'éruption est beaucoup plus abondante, largement disséminée sur le tronc et les deux tiers supérieurs des membres. De plus, des squames existent en grande quantité.

D'autre part l'évolution est hâtive, aiguë, pressée d'aboutir, et a terminé son cycle en quatre ou cinq semaines.

Enfin les médaillons de pityriasis rosé de Gibert diffèrent des placards de l'érythème syphilitique en ce

que, pour la plupart, ils sont beaucoup plus petits. Ils sont également plus en relief, leur pourtour est squameux, et leur centre largement bistré.

V. — Unna désigne sous le nom d'**eczéma séborrhéique** une lésion cutanée qui ne paraît être que l'association de deux dermatoses : l'eczéma et la séborrhée.

Quoiqu'il en soit, cette lésion se différencie nettement de l'érythème tertiaire :

1° Par ses localisations au niveau du cuir chevelu, des régions sternale et interscapulaire, des plis temporo-auriculaires ou naso-géniens ;

2° Par sa couleur qui est d'un rouge brun et non pas rose ;

3° Par son aspect à la fois gras et émaillé de points farineux ;

4° Par son contour à relief croûtelleux ou en fine incisure.

Tous ces caractères permettent d'établir le diagnostic à coup sûr, et nous ne nous y arrêterons pas.

Jusqu'ici notre tâche a été facile et nous avons éliminé aisément les quelques dermatoses qui auraient pu prêter à confusion.

Par le *siège* des lésions, leur *couleur*, leur *forme*, leur *évolution*, la différenciation s'est accomplie avec facilité.

Mais il reste des cas où cette différenciation devient délicate, où l'hésitation, presque la confusion, sont excusables.

Nous voulons parler des érythèmes d'origine quelconque affectant la disposition circinée. L'erreur devient presque impossible à éviter, si notre attention n'est pas attirée vers la syphilis. Nous devons nous en rapporter aux affirmations du malade.

Il peut avouer avoir contracté la syphilis et l'éruption que nous avons sous les yeux peut en être une manifestation. Mais il peut aussi nier toute infection syphilitique antérieure et nous devons tenir pour certains des commémoratifs souvent erronnés, inconciemment ou volontairement.

Alors, que faire ? Hésiter, tergiverser ? Non pas, car nous possédons un moyen quasi infaillible de faire notre diagnostic : c'est le *traitement mercuriel.*

Une lésion douteuse, ne nous offrant pas assez d'éléments pour la caractériser avec certitude, sera soumise à l'action du mercure.

Si elle rétrograde et disparaît rapidement, après quelques injections d'huile grise ou de biiodure, c'est que nous avions affaire à une manifestation syphilique.

Si, au contraire, rien n'à changé dans l'aspect de cette lésion, c'est que nous étions en face d'un érythème banal, et nous devrons appliquer un autre traitement. Mais nous serons tranquilisés, ce n'était pas de la syphilis.

Il est juste de dire que le diagnostic à l'aide du traitement mercuriel peut s'appliquer à des manifestations spécifiques autres que l'érythème tertiaire. Mais, à notre avis, nous ne devons pas nous reposer uniquement sur lui. Nous devons nous efforcer de faire notre diagnostic d'après l'aspect des lésions et les commé-

moratifs, et n'employer le mercure pour trancher la difficulté, qu'à la dernière extrémité.

Mais si le doute subsiste, n'hésitons plus, ne perdons pas un temps précieux et recourons au mercure !

Sans nous étendre plus longuement sur ce sujet, ajoutons que le mercure reste parfois le seul critérium auquel nous puissions avoir recours. Certains accidents puisent leur origine à deux sources ; ces lésions mixtes se rencontrent fréquemment, et pour ne citer qu'un exemple, nous dirons qu'une gomme peut être à la fois tuberculeuse et syphilitique. Le mercure employé à propos fera disparaître ce qui appartient à la syphilis et ce qu'il laissera sera du domaine de la tuberculose.

VI. — N'insistons pas et arrivons à la dernière partie de ce chapitre, consacrée au diagnostic différentiel de **l'érythème tertiaire** et de la **roséole circinée.**

Ici, le mercure ne nous sert plus. Le traitement spécifique, en faisant disparaître également tous les accidents syphilitiques, sera incapable de les séparer.

Mais, dira-t-on, que nous importe? Est-ce une roséole secondaire, une roséole tardive, circinée, un érythème tertiaire? L'essentiel est d'avoir diagnostiqué une manifestation syphilitique ; le traitement approprié en aura raison, et notre but sera atteint, qui est de guérir.

Sans doute ; mais n'est-ce pas un idéal bien terre à terre que celui qui serait proposé en ces termes : Définissez une lésion et débarrassez-en celui qui en est porteur ?

Evidemment, la pratique journalière de la médecine n'en a pas d'autre ; mais la clinique a des aspirations

plus élevées et il peut être intéressant au seul point de vue spéculatif de départager les lésions que nous rencontrons.

L'intérêt qui s'attache au diagnostic des différentes manifestations de la syphilis secondaire tardive rentre dans cet ordre d'idée, et l'importance que nous lui attribuons est donc bien justifiéé.

Cette séparation est très délicate : l'identité des deux lésions est presque absolue.

Au point de vue dermatologique, l'érythème tertiaire n'est en somme qu'une roséole. Et cette roséole à tous les caractères de la roséole vraie.

Comme cette dernière il est exempt de tout symptôme subjectif, notamment de prurit. Il est circiné comme la roséole du même nom ; comme elle il disparaît spontanément ; comme elle encore il récidive. Objectivement, le diagnostic entre lui et une roséole circinée est impossible dans bon nombre de cas. Ces deux manifestations, érythémateuse et roséolique, peuvent donc être confondues. Et elles le seraient toujours infailliblement s'il n'existait quelques caractères propres à chacune d'elles.

Malgré les apparences, tout n'est pas identique dans l'érythème tertiaire et la roséole circinée.

D'abord, la *date d'apparition*. En général la roséole est plus précoce ; ou du moins, ce qui est plus précoce, c'est la première manifestation de roséole circinée.

Elle apparaît dans les premières années de l'infection syphilitique ; quand, on la voit plus tard, c'est pendant les premières années du tertiarisme, dans la plupart des cas.

L'érythème tertiaire, son nom l'indique, est plus tardif ; il n'arrive guère que vers la 5e, la 6e année au plus tôt. D'où cette conséquence : une roséole circinée apparaissant, nous supposons, dans le cours de la 6e année de la syphilis, n'est qu'une récidive qui a été précédée d'autres roséoles, éruptions constituant les mailles d'une chaîne la reliant à la roséole primitive, celle qui a suivi le chancre.

Rien de tel avec l'érythème tertiaire : apparaissant pour la 1re fois dans la 6e année, il y a un vide entre lui et la première roséole.

Rien ne les relie l'un à l'autre ; l'érythème est indépendant. En d'autres termes, les récidives de la roséole circinée sont la descendance de la roséole initiale ; tandis que l'érythème tertiaire fonde sa dynastie plusieurs années après le chancre.

Un exemple pour nous résumer ; nous sommes en présence d'un exanthème circiné à la 6e année de la maladie. Est-ce une roséole? Est-ce un érythème? Recherchons dans l'histoire du malade. Trouvons-nous d'autres roséoles récidivantes, nous faisant remonter jusqu'à la roséole secondaire? Il y a de grandes chances pour que nous ayons à faire à une roséole circinée vraie.

Au contraire l'éruption en question est-elle apparue sans avoir été précédée par d'autres manifestations érythémateuses la reliant à la roséole de la période secondaire? Il est alors vraisemblable que c'est un érythème.

D'autres moyens de diagnostic sont à la disposition de l'observateur.

Le *nombre* des éléments éruptifs de la roséole circi-

née est ordinairement plus grand que celui de l'érythème tertiaire. Nous savons que parfois les éléments de cette roséole sont réduits à un très petits nombre, voire à l'unité. Il faut bien dire que c'est là l'exception : la plupart du temps ils sont beaucoup plus nombreux, à l'encontre de ce qui se passe dans l'érythème tertiaire, où il est de règle que leur quantité soit extrêmement minime.

Mais à côté de la numération, *la dimension* de ces mêmes éléments, offre des garanties plus sérieuses pour l'établissement du diagnostic.

Ils sont généralement bien plus amples quand il s'agit d'érythème tertiaire. Leur grand axe ou leur diamètre atteint fréquemment 6, 8, 10, 15 cm., ce qui ne se constate pas pour la roséole circinée où leur diamètre ne dépasse pas celui d'une pièce de 2 fr. ou de 5 fr. au plus.

Ajoutons que la *couleur* des placards éruptifs est plus pâle dans l'érythème.

Si nous nous plaçons au point de vue de *l'évolution* de l'éruption, nous constatons que celle de l'érythème est plus lente, sa durée plus considérable.

Cela nous expliquerait peut-être que sa *récidivité* est moins accentuée. En effet, la roséole évoluant plus rapidement, disparaît plus vite. Mais elle reparaît aussi plus tôt, et ses récidives ne sont peut-être plus nombreuses que par le seul fait que chaque éruption à une carrière plus limitée.

Enfin, et c'est un des caractères les plus distinctifs de la roséole circinée et de l'érythème tertiaire, ce dernier est beaucoup plus rebelle à l'action du traitement

spécifique ; il cède bien moins facilement au mercure ; souvent même il lui résiste avec une remarquable opiniâtreté.

Malgré tout, nous pouvons nous demander si ces arguments sont suffisants pour séparer l'érythème tertiaire de la roséole circinée. Nous convenons, que, pris l'isolément, chacun d'eux peut perdre une certaine partie de sa valeur. Mais, si nous trouvons réunis sur un cas donné tous les caractères que nous venons d'examiner, ou la plupart, et se rapportant tous au type idéal en quelque sorte que nous venons de décrire, soit de la roséole circinée, soit de l'érythème tertiaire, l'on conviendra alors que la différenciation puisse être affirmée.

Nous pensons à ce sujet comme Fournier qui s'exprime ainsi :

« J'incline fort à penser que ces divers érythèmes, bien que plus ou moins analogues de l'un à l'autre dermatologiquement, bien qu'impossibles même à différencier pour certains cas, n'en sont pas moins des actes pathologiques différents, des modalités différentes par lesquelles se traduit l'infection, sous l'influence de causalités et de pathogénies intimes qui nous échappent. »

Mais nous voulons conclure ; et notre conclusion sera la suivante : Le diagnostic de l'érythème tertiaire syphilitique, des autres érythèmes, d'origines diverses, se fait d'une façon aisée. Nous avons vu comment ; il est plus délicat quand il s'agit de la roséole circinée.

Par la date d'apparition de l'éruption, son évolution, le nombre, la couleur et la dimension des éléments qui la constituent, sa tendance plus ou moins accentuée aux récidives, et sa résistance plus ou moins énergique au traitement mercuriel, il est possible d'établir un diagnostic à peu près exact.

Ce n'est pas à dire que dans tous les cas, nous pourrons le faire d'une manière absolue et indiscutable. Mais nous aurons de grandes chances d'arriver à la vérité si nous savons allier à un sens clinique bien dirigé, une observation des faits attentive et impartiale.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE

« Chacun fait sa syphilis suivant sa santé habituelle, son tempérament, ses habitudes, sa prédisposition héréditaire ou acquise, son hygiène, son milieu, ses tares morbides, et aussi suivant la façon dont on le traite. »

Cette phrase du Professeur Fournier fait comprendre à merveille les manières diverses dont se comporte la syphilis vis-à-vis de ceux qu'elle atteint, en même temps qu'elle résume les différents facteurs étiologiques des symptômes qui s'observent au cours de son évolution.

Le malade en puissance de syphilis réagit envers elle comme il réagirait vis-à-vis d'une infection quelconque.

Devant cette infection il se présente avec ses tares, sans hérédité, et tel de ses organes en état d'infériorité sera tout désigné pour en subir les plus rudes assauts. Et

par le fait même que l'infection s'acharnera sur cet organe plutôt que sur un autre, la maladie prendra une forme particulière.

Il en est de même pour la syphilis.

L'organe le plus touché sera presque toujours le plus fatigué, celui qui offre le moins de résistance.

Un seul exemple : l'homme qui travaille avec son cerveau, qui surmène ses centres nerveux, et qui a contracté la syphilis, est susceptible de faire des gommes cérébrales ; il est exposé au tabès, à la paralysie générale.

On peut expliquer ainsi pourquoi certaines manifestations spécifiques atteignent certaines classes d'individus.

Mais cela n'explique pas tout.

Pourquoi celui-ci fera-t-il une syphilis bénigne, alors que celui-là, traité de la même façon et avec la même intensité, présentera de graves accidents ?

Nous ne faisons qu'indiquer la question, trop générale pour que nous cherchions à y répondre, et nous en poserons une autre, beaucoup plus particulière, qui exprimera les termes du problème que nous nous proposons de résoudre : l'étiologie de l'érythème tertiaire :

Existe-t-il des raisons de nature à rendre compte des diverses formes de ces syphilides atténuées et notamment de l'érythème tertiaire ?

Ces raisons, nous pourrions les découvrir dans l'âge, le sexe, le tempérament, les maladies antérieures ou concommitentes. C'est ce qui se passe dans la plupart des maladies infectieuses.

Ici, rien ne nous autorise à formuler une affirmation de cette nature.

Nous pouvons penser avec quelque vraisemblance que des dispositions particulières à l'individu, une idiosyncrasie, jouent un rôle plus ou moins important dans la génèse des manifestations érythémateuses, à la période tertiaire de l'infection syphilitique.

Mais ce n'est là qu'une supposition, une hypothèse qui n'est pas vérifiée.

Nous l'admettons en principe parce que nous voyons tant de différence dans la façon d'agir de la syphilis vis-à-vis des individus que nous sommes presque forcés d'attribuer cette différence à des causes personnelles au malade, qu'il porte en lui.

D'un autre côté nous pouvons supposer que toutes les syphilis ne possèdent pas le même degré de virulence, et que cette virulence plus ou moins active, se traduira sur le malade par des lésions plus ou moins graves.

Mais c'est encore une hypothèse, et la véritable cause, la raison première du pourquoi de telle manifestation apparaissant à la place de telle autre, nous échappe absolument.

En nous plaçant à un autre point de vue, il est logique d'imaginer que le traitement suivi par le malade, a une influence capitale sur l'évolution de la diathèse.

Nous l'avions fait entrevoir dans un chapitre précédent.

Le spirochète, vigoureusement combattu par le mercure, perd de sa virulence, et la syphilis s'atténue.

Comment nous rendons-nous compte de cette atté-

nuation? Nous la constatons par le caractère plus bénin des manifestations de son activité. L'agent pathogène a perdu sa vitalité primitive.

Il est devenu incapable de la formuler en de graves accidents, accidents qui se seraient développés sans l'intervention du mercure.

Le spirochète est sidéré par l'action du médicament. Qu'arrive-t-il alors ?

S'il est complètement annihilé, plus rien ne se passe ; la syphilis est vaincue ; plus d'accidents, plus rien.

Mais ce n'est là que l'exception.

Dans la majorité des cas, la virulence du microbe n'est pas détruite à jamais ; il lui reste encore assez de vigueur pour prouver son existence.

Mais il ne la prouvera que par des manifestations bénignes, atténuées. Ce sont ses derniers efforts ; il succombe, et les accidents que nous rencontrerons alors ne seront que la preuve de sa lutte suprême avec le mercure.

Les récidives des roséoles attardées, de l'érythème lui-même, ce sont les diverses phases du combat.

Nous sommes à la période tertiaire : de graves accidents peuvent se produire. Mais le mercure est là qui accomplit son œuvre de libération.

Le spirochète déprimé, abattu, décimé, incapable de produire de profonds dégâts, ne manifeste sa virulence que par des lésions superficielles, témoins des derniers sursauts de son agonie.

La théorie est séduisante, et bien près d'être démontrée.

Pour l'appuyer, qu'avons-nous ?

Beaucoup d'observations, qui attestent que le traitement par le mercure exerce une action inhibitrice sur la marche de la maladie.

Il en fixe la physionomie en des types bénins qui seront les seuls à se produire s'il est longtemps continué.

« Brauman dit dans sa thèse : sur 17 observations d'érythème tertiaire où il m'a été possible d'obtenir des renseignements précis, j'en compte 14 où le traitement a été bien suivi, et dans quelques cas, même, ce traitement avait été intense. »

Depuis, Fournier a publié nombre d'observations où il est manifeste que le mercure a fortement influencé la marche de la syphilis. Il est exceptionnel (nous n'en connaissons aucun cas) de constater un érythème tertiaire sur un syphilitique qui n'a pas pris de mercure ou qui en a pris insuffisamment : il sera porteur d'accidents beaucoup plus graves.

Ce sont les malades mercurialisés qui sont susceptibles de présenter des accidents bénins tels que de l'érythème, et ces malades y sont d'autant plus disposés qu'ils ont été traités d'une façon plus intense.

Aussi est-ce dans la clientèle de ville plutôt que dans les hôpitaux que le praticien rencontre ces manifestations, chez les personnes ayant le loisir de s'occuper de lésions aussi peu apparentes, ne gênant en rien la vie journalière.

Voici donc qui est entendu : l'érythème tertiaire trouve son origine dans ce fait que la syphilis, atténuée par le traitement mercuriel, n'est plus capable de produire que des lésions de faible gravité.

Mais quelle est la nature de ces lésions ? De quelles syphilides sont-elles l'atténuation ?

M. Unna (de Hambourg) considère l'érythème tertiaire comme « une sorte d'accident parasyphilitique, qui dériverait d'altérations dans les nerfs vaso-moteurs, se traduisant par des dilatations vasculaires dont l'érythème serait un effet ».

Il a même proposé pour cet érythème le nom de neuro-syphilide, par analogie avec les manifestations semblables de la lèpre, qu'il appelle neuro-léprides.

Il est certain que tout érythème est le résultat d'une hyperhémie.

Quant au mécanisme de cette hyperhémie, nous l'ignorons. Est-elle active, passive ? Qui nous prouve qu'elle dérive d'une altération des nerfs vaso-moteurs ?

Ce n'est là qu'une hypothèse.

Avec Fournier, nous en formulerons une autre qui semble se rapprocher davantage de la vérité et que quelques observations viennent vérifier.

Nous pensons que l'érythème tertiaire n'est qu'une forme atténuée au plus haut degré possible de la *syphilide tuberculeuse.*

A l'appui de cette opinion, nous citerons deux faits :

1° Cet érythème se trouve parfois associé dans le même temps avec la véritable syphilide tuberculeuse.

2° On a rencontré quelquefois sur le même malade, et au même moment, les diverses formes qui peuvent servir de transition entre l'érythème tertiaire et la syphilide tuberculeuse.

Et voici à ce sujet, une observation résumée, rapportée par Fournier :

« Une jeune femme contagionnée récemment par son mari, est atteinte d'une roséole typique, d'une éruption papuleuse vulvaire et de maux de tête.

Elle se traite pendant quelques mois, se croit guérie, et ne fait plus aucun traitement.

Cinq ans plus tard, elle présente une *syphilide tuberculeuse* sèche disséminée sur plusieurs régions du corps et affectant des modalités objectives très différentes suivant les points, à savoir :

Sur les fesses et sur les jambes, *syphilides tuberculeuses* à gros ménisques, épais de plusieurs millimètres, *saillants*, constitués par de fortes altérations cutanées.

Sur le tronc, placards *simplement papuleux*, beaucoup moins épais, de *modalité secondaire*, comparables en tout point à une éruption papuleuse des premiers temps de l'infection.

Sur les poignets, *syphilides circinées, arciformes*, décrivant des segments d'ovale. A gauche, une de ces lésions présente encore la même modalité papuleuse avec légère infiltration. Mais à droite, une lésion toute semblable comme configuration et comme teinte, est positivement réduite à l'état d'une tache *purement érythémateuse*, rosée, sans saillie, sans le moindre épaississement tégumentaire, sans infiltration appréciable.

Cette dernière tache n'est bien positivement que de l'*érythème tertiaire*, en coïncidence avec une syphilide qui, sur quelques points, présente la modalité papuleuse, mais qui, sur d'autres, et pour la grande majorité de ses éléments est positivement tuberculeuse. »

Ainsi, voilà groupées sur une même malade des

lésions fortement tuberculeuses puis des lésions papuleuses, d'autres enfin érythémateuses.

La série est complète et ces syphilides sont reliées entre elles ; elles sont bien de la même famille.

Ces lésions, non seulement sont similaires entre elles d'origine et de nature, mais encore elles ne diffèrent les unes des autres que « du plus au moins » en tant que degré d'infiltration néoplasique.

La transition est facile à constater : la syphilide papuleuse relie l'érythème tertiaire à la syphilide tuberculeuse.

Mais cette conception de l'érythème tertiaire comme une modalité atténuée de syphilide tuberculeuse, cadre tout à fait avec la notion que nous nous sommes faite de son étiologie.

Nous avons dit : l'érythème est une forme fruste, une forme atténuée que revêt la syphilis tertiaire quand le malade a été soumis au traitement mercuriel.

Nous savons que sans traitement, ou même avec un traitement insuffisant, la syphilis continuerait à évoluer vers des manifestations graves, telles que gommes, syphilides ulcéreuses, ou même tuberculeuses.

D'après notre théorie, le mercure paralyse la vitalité de la syphilis. Le résultat ne se fait pas attendre : une lésion qui était partie pour se traduire par une syphilide tuberculeuse, par exemple, s'arrêtera en chemin et n'aboutira qu'à un érythème.

Ce n'est pas à dire que fatalement toute syphilis traitée convenablement, ne donnera plus que des lésions superficielles, et que des syphilides tubercu-

leuses ne pourront plus se manifester chez les malades soumis à un traitement intensif.

Nous voulons simplement faire remonter la cause de la production de l'érythème tertiaire à l'influence bienfaisante du médicament, et dire que cet érythème n'est que la traduction d'une *syphilide tuberculeuse*, atténuée par le *traitement mercuriel*.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'érythème circiné est certainement la manifestation, la plus bénigne du stade tertiaire de la syphilis. Accident superficiel, exempt de troubles fonctionnels, il ne comporte par lui-même aucune gravité.

Tout au plus est-il importun quelquefois par sa longue durée, par sa résistance au traitement, et surtout par ses récidives.

Nous n'insisterons que sur ce dernier point, car le fait de récidiver témoigne pour un accident syphilitique, d'une certaine virulence.

Cette virulence, bien affaiblie dans l'espèce, n'en persiste pas moins. Elle est la preuve que la syphilis n'est pas guérie ; elle est en éveil, en action.

A ce titre, l'érythème constitue un avertissement, une menace, au même titre qu'un accident tertiaire. Il joue le rôle d'une sonnette d'alarme ; il est un rappel au traitement.

Et ce rappel doit être entendu et du malade et du médecin qui le soigne, sous peine de voir la syphilis évoluer sous des formes plus graves.

Il est temps d'intervenir. De quelle façon ?

Dans le cas que nous eûmes l'occasion d'étudier et dont l'observation se trouve relatée plus haut, le malade fut soumis à un traitement mercuriel intensif.

Il reçut d'abord le contenu d'une seringue de Barthélemy remplie d'huile grise à 40 %, soit 15 centigrammes de mercure.

La même injection fut répétée tous les huit jours.

A la 3e injection, les taches érythémateuses avaient beaucoup pâli ; à la 4e elles étaient devenues presque complètement invisibles, et à la 6e elles avaient disparu sans laisser aucune trace.

Le malade quitta le service après avoir reçu la 8e injection mercurielle.

Ainsi en six semaines, avec une injection par semaine, soit en tout 90 centigrammes de mercure, notre sujet fut débarassé de son érythème.

Nous ne voulons évidemment pas donner en exemple ce traitement qui nous a réussi dans un cas particulier.

Car, s'il est démontré par l'expérience clinique que certains érythèmes obéissent souvent au traitement spécifique, comme tout symptôme spécifique, il est d'autres cas où il résiste parfois assez opiniâtrement, jusqu'à exiger pour disparaître une médication intensive et prolongée.

Nous eûmes la chance d'avoir affaire à un érythème du premier groupe, qui disparut assez rapidement. Mais nous pensons que dans ces cas relativement peu

réfractaires au mercure, notre manière d'opérer peut être employée avec succès.

Nous nous sommes servi d'huile grise et uniquement d'huile grise ; cela, parce qu'elle est employée couramment au service dans lequel se trouvait le malade. Il est évident que les autres traitements de la syphilis, soit par les sels insolubles (calomel) soit par les sels solubles (biiodure d'hydrargyre, benzoate d'hydrargyre, hermophényl) auraient pu être employés avec le même succès.

L'érythème, accident tertiaire, pourrait être combattu à la façon de toute accident tertiaire, à la fois par le mercure et l'iodure de potassium.

Notre expérience trop peu étendue, nous permet pourtant de supposer que le mercure est suffisant dans bon nombre de cas.

Si nous avions affaire à un érythème indocile, cédant difficilement au mercure, il serait encore temps de recourir au traitement mixte.

Alors l'iodure et le mercure combineraient leurs effets, et nous en aurions raison.

Pour ces érythèmes-là, seulement, nous réserverions le traitement mixte.

CONCLUSIONS

L'érythème circiné tertiaire est une syphilide cutanée, de modalité secondaire, apparaissant au stade tertiaire de la maladie.

Il est caractérisé par de la rougeur, sans symptômes généraux. L'éruption est de couleur rose pâle ; elle est superficielle, sans relief, et forme de grands cercles, des anneaux, mais surtout des ovales et des ellipses, dont le centre est occupé par de la peau saine. Ces anneaux ou ces ovales, placés les uns au bout des autres, donnent à l'éruption la forme circinée, forme de prédilection adoptée par l'érythème tertiaire.

Cet érythème est une lésion bien définie, absolument indépendante. Confondu parfois avec la roséole circinée récidivante, il doit en être complètement séparé.

Il affecte particulièrement les malades qui ont suivi un traitement mercuriel sérieux.

Il paraît donc indiquer, en tant que manifestation superficielle et bénigne, à une époque de la syphilis à laquelle les accidents sont habituellement profonds

et graves, une atténuation de la maladie par le mercure.

Il semble bien que l'érythème tertiaire ne soit qu'une syphilide tuberculeuse atténuée, amoindrie, effacée.

Le fait est démontré par quelques observations où l'on rencontre sur le même malade, des syphilides tuberculeuses exhubérantes, d'autres moins saillantes, et enfin, des lésions simplement érythémateuses. Ces trois espèces de syphilides, situées au voisinage les unes des autres, paraissent bien avoir la même origine.

Abondonné à lui-même, l'érythème tertiaire disparaît spontanément en quelques mois. Il est sujet aux récidives.

De pronostic bénin, il indique pourtant que la syphilis a conservé une certaine virulence ; il constitue donc une indication de rappel au traitement mercuriel ; il lui cède toujours, mais plus ou moins rapidement.

Vu :
Nancy, le 17 Juin 1910.
Le Président de Thèse,
SCHMITT.

Vu :
Nancy, le 17 Juin 1910.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 24 Juin 1910.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1838. — Rayer. — Traité des maladies de la peau, t. II.

1843. — Cazenave. — Traité des syphilides.

1852. — Bassereau. — Traité des affections de la peau, symptomatiques de la syphilis.

1857. — Pillon. — Des exanthèmes syphilitiques tardifs. Thèse de Paris.

1860. — Ricord. — Leçons sur le chancre (publiées par Fournier).

1864. — Langlebert. — Traité théorique et pratique des maladies vénériennes.

1866. — Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides.

1881. — A. Fournier. — Leçons sur la syphilis, en particulier chez la femme.

1882. — Finger. — De la coïncidence des accidents secondaires et tertiaires de la syphilis (Wiener Mediziniche Wochenschrift).

1886. — Hardy. - Traité des maladies de la peau.

1886. — A. Fournier. — Des facteurs de gravité de la syphylis (Semaine médicale).

1887. — Hallopeau. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 697.

1891. — Brauman. — De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis. Thèse de Paris.

1891. — Kaposi. — Pathologie et traitement des maladies de la peau.

— Traduction et annotations par E. Besnier et A. Doyon, 2e édition.

1891. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 296. Roséole récidivante.

1892. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Souplet. Un cas d'érythème circiné tertiaire, p. 1151.

1896. — Balzer. — Article syphilis. Traité de médecine et de thérapeutique.

1897. — F. Berlioz. — Manuel pratique des maladies de la peau.

1898. — A. Fournier. — Syphilides tuberculeuses tertiaires cutanées. Annales de Dermatologie, p. 153.

1899. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Roséole récidivante, p. 296.

1899. — Annales. Roséole de retour par Mérop., p. 1012.

1901. — Annales. Roséole circinée, p. 84.

1902. — Annales. Roséole à forme circinée par Balzer et Faure-Baulieu.

1905. — Mracek. — Atlas manuel des maladies de la peau. Traduction française par L. Hudelo et Duval.

1906. — Balzer et Deshayes. — Contribution à l'étude de la syphilis secondaire tardive. Annales de Dermatologie. p. 198.

1906. — A. Fournier. — La syphilis secondaire tardive.

1907. — E. Gaucher. — Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses.

1909. — Darier. — Précis de Dermatologie.

1909. — E. Gaucher. — Maladies de la peau. T. XIV du Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot.

1909. — F. Balzer. — Maladies vénériennes. T. VII du Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot.

A. Fournier. — Traité de la syphilis, t. I et II.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 5

CHAPITRE I. — Historique. 11

CHAPITRE II. — La roséole secondaire tardive. 29

CHAPITRE III. — L'érythème tertiaire. Symptomatologie . . 43

CHAPITRE IV. — Diagnostic. 65

CHAPITRE V. — Etiologie 79

CHAPITRE VI. — Pronostic et Traitement 89

CONCLUSIONS 93

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 95

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY